

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Využití podpůrných terapií a stimulací v hospicové péči  
Usage promotive therapy and stimulation in hospice care

Bc. Denisa Havelková

Vedoucí práce: **PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.**

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG(7506T002)

2017

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Využití podpůrných terapií a stimulací v hospicové péči vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

podpis

## **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odbornou konzultaci, cenné připomínky, ochotu a vstřícnost při zpracování mé diplomové práce. Děkuji všem v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci, zejména duchovní asistentce, paní Mgr. Libuši Calábkové za laskavost a důvěru, se kterou mi umožnila se na malou chvíli zapojit do dění Hospice. Rovněž děkuji všem klientům Hospice, kteří nám připomínají váhu života a důležitost posledních chvil.

Z celého srdce bych ráda poděkovala mé rodině za trpělivost a velikou podporu, kterou mi v průběhu celého studia poskytovala. Mému manželovi, se kterým chci zestárnout a užít si každého dne svého života.

## **ABSTRAKT**

**Název práce:** Využití podpůrných terapií a stimulací v hospicové péči

**Cíl práce:** Diplomová práce se zabývá možnostmi využívání vybraných podpůrných terapií a stimulací u klientů hospicové péče. Cílem je porovnat využívání těchto terapií v hospicových zařízeních pobytového typu, popřípadě domácí hospicové péči na území České republiky a Slovenské republiky a analyzovat způsob jejich aplikace v praxi.

Pro účely práce jsou vybrány následující podpůrné terapie a stimulace: muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, bazální stimulace a koncept Snoezelen.

**Metoda práce:** K výzkumu bylo použito kvalitativního i kvantitativního šetření. Jako metoda získávání dat bylo uplatněno kvantitativní šetření formou dotazníků do zařízení pobytové a domácí hospicové péče. Později metoda kvalitativního šetření formou zúčastněného pozorování průběhu částí podpůrných terapií v zařízení pobytové hospicové péče.

**Výsledky:** Výzkum se zabýval, v našich podmínkách, stále ještě často tabuizovaným tématem smrti a umírání. To se odrazilo i ve výsledcích výzkumného šetření. Bylo zjištěno, že nabídka odborně poskytovaných, předem definovaných, podpůrných terapií v zařízeních hospicové péče není příliš rozsáhlá. Zkoumána byla muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, bazální stimulace a prvky konceptu Snoezelenu. Pokud hospicová zařízení profilují nabídkou podpůrných terapií pro klienty, nejsou mnohdy vedeny odborně školeným personálem. Využívání podpůrných terapií v hospicové péči je tak prozatím na počátku. Výzkumné šetření však rovněž poodhalilo budoucí snahy jednotlivých zařízení hospicové péče o zavádění a rozšiřování nabídky podpůrných terapií. V rámci šetření jsem měla možnost setkat se s ukázkou dobré praxe, kdy v hospicovém zařízení jsou již nyní využívány prvky podpůrných terapií. Nabídka je klienty vítána a využívána. Cílem terapií je přitom odvrátit pozornost těžce nemocného klienta od nemoci a navodit příjemné prožitky.

**Klíčová slova:** umírání, smrt, paliativní péče, hospic, hospicová péče, muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, bazální stimulace, Snoezelen.

## **ABSTRACT**

**Title of the diploma thesis:** Use of promotive therapy and stimulation in hospice care

**Aim of the thesis:** Possible use of promotive therapy and stimulation in therapy of patients in hospice care is discussed in this diploma thesis. The aim of thesis is to compare use these therapies in hospice facilities that provide accommodation for clients or in home hospice care in the Czech Republic and the Slovak Republic and to analyze way of its use in praxis.

For purpose of this thesis following promotive therapies and stimulation were selected: music therapy, art therapy, bibliotherapy, basal stimulation and concept Snoezelen.

**Methods of work:** Quantitative and qualitative investigation was used for research. Quantitative investigation in form of questionnaires provided to hospice facilities with accommodation for clients was utilized as a method for data acquisition. Observation of practical promotive therapies processes in hospice facilities with accommodation for clients was included in methodology of qualitative investigation.

**Results:** Research deals with death and dying which is still quite often taboo theme in our conditions. This fact is perceptible in results of research investigation. It was revealed that offer of promotive therapies, which are provided professionally and defined in advance, is not wide. Music therapy, art therapy, bibliotherapy, basal stimulation and concept Snoezelen were investigated. When hospice facilities provide promotive therapies to their clients, therapies are not often led by professionally trained personnel. Use of promotive therapies in hospice care is still at the beginning. On the other hand research investigation has revealed future effort to widen offer of promotive therapies in individual hospice facilities. I have had experience with good-quality praxis, which already uses promotive therapies. Offer of these services is welcomed and widely used by clients. The aim of therapies is to divert attention of seriously ill client from illness and induce pleasant experience.

**Keywords:** dying, death, palliative care, hospice, hospice care, music therapy, art therapy, bibliotherapy, basal stimulation, Snoezelen.

## Obsah

1	Úvod .....	9
2	Vymezení pojmu umírání a smrt .....	14
3	Obecný postoj ke smrti .....	18
3.1	Rozvolnění vztahu mezi lékařem a pacientem .....	19
3.2	Odmítání proher .....	20
4	Umírání a smrt v minulosti .....	21
4.1	Domácí model umírání .....	22
4.2	Institucionální model umírání .....	23
5	Potřeby lidí v bezprostřední blízkosti smrti .....	24
5.1	Potřeby biologické .....	25
5.2	Potřeby psychologické .....	26
5.2.1	Emocionální stav umírajícího .....	27
5.3	Potřeby sociální .....	29
5.4	Potřeby spirituální .....	29
5.5	Konkrétní druhy potřeb .....	29
5.5.1	Potřeba citové jistoty a bezpečí .....	30
5.5.2	Potřeba zachování sebeúcty .....	30
5.5.3	Potřeba otevřené budoucnosti, přesahu vlastní fyzické existence .....	30
5.5.4	Potřeba zůstat sám sebou .....	30
5.5.5	Potřeba cítit se žensky/mužně .....	31
5.5.6	Potřeba splnit svůj úkol .....	31
5.5.7	Potřeba rozhodovat o sobě .....	31
5.5.8	Potřeba plakat, potřeba se smát .....	32
5.5.9	Potřeba mít pravdivé informace .....	32
5.5.10	Potřeba být rodinou .....	32
5.5.11	Potřeba žít stále v naději .....	32
5.5.12	Potřeba sdílení emocí .....	33
5.5.13	Potřeba sociálního zabezpečení .....	33
5.5.14	Potřeba vhodného prostředí .....	33
5.5.15	Naplnění dne aktivitou .....	34
6	Paliativní péče .....	35
6.1	Obecná paliativní péče .....	39

6.2	Specializovaná paliativní péče.....	39
6.3	Tým paliativní péče .....	40
6.4	Místa poskytování paliativní péče.....	44
6.4.1	Domácí paliativní péče .....	44
6.4.2	Paliativní péče v nemocnicích .....	45
6.4.3	Paliativní péče v ošetrovatelských a pečovatelských domovech.....	47
6.4.4	Paliativní péče v hospicích .....	48
7	Podpůrné terapie a stimulace v rámci speciální pedagogiky.....	53
7.1	Muzikoterapie .....	55
7.2	Arteterapie.....	60
7.2.1	Nejčastější techniky v arteterapii .....	62
7.3	Biblioterapie.....	64
7.4	Bazální stimulace a koncept Snoezelen .....	66
7.4.1	Základní prvky bazální stimulace.....	67
7.4.2	Jednotlivé oblasti podpory.....	68
7.4.3	Koncept Snoezelen .....	70
8	Metodologie práce.....	74
8.1	Cíl výzkumného šetření.....	74
8.2	Strategie výzkumného šetření .....	75
8.3	Výzkumné otázky .....	75
8.4	Organizace výzkumného šetření .....	76
8.4.1	První etapa výzkumného šetření.....	77
8.4.2	Druhá etapa výzkumného šetření.....	116
8.5	Závěry výzkumného šetření .....	130
9	Diskuze .....	138
10	Závěr práce.....	140
11	Seznam použitých informačních zdrojů .....	143
12	Seznam příloh.....	148

„Ponáhľajme sa milovať ľudí, pretože rýchlo odchádzajú! Až  
budeme na konci, nebudeme trpieť tým, čo sme zlé urobili, pokiaľ  
sme to olutovali, ale tým, že sme mohli milovať, ale nemilovali  
sme, že sme mohli pomôcť, ale nepomohli sme, že sme mohli  
zavolať, ale nezavolali, že sme sa mohli usmiať ale neusmiali sme  
sa, že sme mohli podržať ruku, ale nepodržali sme. "

(Jan Twardowski in: Laca, Dancák, Laca, 2011, s.118)



## 1 Úvod

Mám stále před očima ten, pro lidskou bytost tak těžko snesitelný, pohled. Procházím dlouhou chodbou a při chůzi jen očkem nahlížím do otevřených dveří jednotlivých pokojů. Při každém pohledu se stále více a více bořím do smutku a pocitu beznaděje. Dívat se však nepřestávám, snad zvědavost, snad touha spatřit konečně něco veselejšího, záblesk naděje mě stále nutí do pokojů nahlížet. Do pokojů, které obývají klienti hospicové péče, a které se pro tuto chvíli staly jejich útočišti při nelehkém boji s nemocí, se stárím, se smrtí. V rychlosti, kterou prostupuji chodbou, vždy zahlédnu pouze obrys tváře, pro mě neznámé osoby. Přes všechnu anonymitu si však v mžiku představuji, jak se asi dotyčný cítí, jak vypadá, a jak vypadal před třiceti lety, kolik vrásek mu za tu dobu přibylo. Kolik má dětí, kolik vnoučat, co vystudoval za školu, v jakém oboru pracoval, jak se k němu chovali přátelé, co měl rád a zda se i dnes dokáže těšit ze stejných věcí, jaké miloval dříve. Každému z klientů tak v rámci své fantazie propůjčuji jistou masku. Když dojdou na samotný konec chodby, uvědomím si však, při mém vnitřním pohledu na obraz všech masek, že jsou do jedné velmi nešťastné, trpící, plačící, naříkající. Jakoby prosily o pomoc, jako by byly zklamané životem, vystrašené jeho přicházejícím koncem.

Chvíli nad vším přemýšlím, až mi dochází, že vše, co v této chvíli pociťuji, co si představuji, co považuji za realitu, je možná jen můj vlastní obraz strachu. Strachu ze situace, která čeká na každého z nás, ze situace, kdy na cestě životem dojdeme k poslední velké křižovatce. Strachu z hrůzy konce života. Zastydím se nad svými úvahami v okamžiku, kdy spatřím usměvavou a velmi milou tvář mladé zdravotní sestry, která prochází kolem a následně s nevyslovitelnou láskou a ochotou naklepává polštář starší paní na jednom z pokojů.

Uvědomuji si, že jsem výstižnou ukázkou výplodu dnešní doby, kde témata smrti, umírání a poslední fáze života jsou jednoznačně tabuizována. Doby, kdy se příliš lidí nechce otázkou smrti zabývat. Popřením smrti však lidé umírat nepřestanou, ba naopak problém se prohloubí. Lze například předpokládat, že zvýšený zájem o symbolicky prezentovanou smrt, takovou jakou nám nabízí například média, může být reakcí na tabuizaci tématu později v reálném životě. Myslím tímto skutečnost, že mediální smrt bývá brána velmi lhostejně, bez jakéhokoliv emotivního prožitku. Většina diváků, posluchačů, zkrátka většina společnosti se však se skutečnou smrtí vůbec nesetká.

Takovéto omezené zkušenosti poté zapříčiňují, že si jedinec nevytvoří důležité přiměřené obranné strategie. Nutno říci, že lidé o takovou zkušenost ani nestojí. Není se tedy čemu divit, když se v knize Vývojové psychologie Marie Vágnerové (2007) dočítáme o pohledu společnosti na umírání jako na něco, co přesahuje hranici normy a co se příliš netýká běžného lidského života. Lidé vnímají velmi negativně, když musí vidět smrt. Byli by raději, kdyby umírání probíhalo vždy v soukromí, nemá pro ně žádný pozitivní smysl a význam. Je koncem života. Vyrovnání se smrtí je potom chápáno pouze jako smíření se s něčím, čemu se nelze vyhnout.

V dřívějších dobách se lidé se smrtí setkávali častěji. Na začátku 20. století umírali běžně mladí lidé i děti na banální choroby. Nyní se nadále prodlužuje lidský věk, medicína pokročila a dokáže tak mnoho chorob zcela vyléčit. Můžeme říci, že pro naše předky byla smrt téměř každodenní realitou, společnost měla vytvořené rituály a mechanismy, jak se smrtí nakládat tak, aby nezraňovala a nepřinášela další patologické změny u pozůstalých. Dnes je smrt spíše zdravotnickým problémem, v rodinách se s ní běžně nesetkáme. A pokud ano, spíše na monitoru počítače při hraní virtuální hry či na obrazovce televizoru, kde jsou naladěny televizní zprávy (Marková, 2010).

O překvapenosti mladého člověka, který se setká se smrtí ve skutečném reálném světě, vypráví krátký úryvek z knihy Moniky Markové (Sestra a pacient v paliativní péči, 2010). Nedovolím si příběh nezahrnout i do své práce. Je pro mě zdrojem k zamyšlení v souvislosti s tématem:

*„Dvacetiletý Petr přijel do hospice navštívit svého umírajícího dědečka. Stejně jako už předtím jeho rodičům nabídli členové týmu i Petrovi, zda by nechtěl s dědečkem zůstat v hospici, že jeho stav je již velmi vážný a je možné, že ke smrti dojde v následujících čtyřadvaceti hodinách. Po chvíli váhání Petr tuto nabídku přijal. Nebylo mu moc jasné, co by měl v pokoji dělat, ale děda byl rád, že je tam s ním, a to zatím stačilo. Dával mu napít, vyprávěl mu, co ve škole, jak s holkama. Sestřičky se občas na pokoji zastavily, pomohly dědu obrátit, daly mu trochu napít lžičkou. Večer si jedna z nich přišla sednout a přiměla Petra vzpomínat, jaké to bylo, když k dědovi a babičce jezdil v dětství na prázdniny. Zdálo se, že i dědovi se vzpomínání líbilo.*

*Byl ale dosti unavený, a tak za chvílku tvrdě usnul. Petr si také lehl, sestřičky ho ujistily, že budou na pokoj chodit. Chvíli před půlnocí Petra probudilo ticho.*

*Děda nedýchal. Klidně ležel a Petrovi se zdálo, že se usmívá. „Dědo, děkuju za všechno,“ zašeptal. V tu chvíli přišla sestřička. Když společně dědu ošetřili a oblékli do jeho nejlepších „nedělních“ šatů, svěřil se Petr: „Měl jsem strašný strach, že to bude nějak bolestné, že bude děda křičet, nebo krvácet, a ono to bylo takhle krásné. Děkuju vám za tu zkušenost, moc děkuju“ (Marková, 2010, s. 16-17).*

*„Smrt je skrývána, jako kdyby byla špinavá a hanbou. Lidé v ní vidí jen hrůzu, absurdnost, zbytečné a nepříjemné utrpení, nesnesitelné pokoření, zatímco je vrcholným okamžikem našeho života, jeho dovršením, a to jí dává smysl a hodnotu“ (Marie de Hennezel, 1997, s. 9).*

Podobně o dnešní situaci tabuizace umírání a smrti smýšlí a hovoří i H. Haškovcová v Časopise lékařů českých z roku 1989:

*„Dnešní situace je charakteristická vytěsněním smrti a důsledku toho je porušený mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti právě tak jako odpovědnosti za život a smrt svou i ostatních. Vznikla situace, v níž zahájit úlevný autentický rozhovor o smrti je v podstatě nemožné. A přesto je to jediné východisko.“ (Haškovcová, Časopis lékařů českých, 1989, s.1025-1028).*

Přitom civilizace před námi na smrt nahlížela statečně. Samému konci lidského života propůjčovali lidé hlubší smysl. „Snad nikdy vztah ke smrti nebyl tak ubohý jako v těchto dobách duchovní vyprahlosti, kdy lidé, hnáni existencí, zdá se, že obcházejí tajemství smrti“ (Marie de Hennezel, 1997).

Smrt se nám stále vzdaluje. Přispívá k tomu i moderní medicína, díky které se prodlužuje délka lidského života, tím je oddalována i samotná smrt. Pro mnoho lidí může být smrt z jejich pohledu ještě daleko, zvláště jsou-li mladí, plní sil, aktivní a úspěšní.

V mém okolí znám jen málo lidí, kteří mají, nebo by měli odvahu se umíráním a smrtí zabývat, hlouběji nad těmito tématy přemýšlet. Povětšinou by se jednalo o osoby, které mají aktuální zkušenost s nevyléčitelnou chorobou či úmrtím v rodině.

Osoby, které v nedávné době z výše jmenovaných důvodů například navštívili některé hospicové zařízení, či jiné zařízení péče o nemocné a umírající. Každá taková návštěva totiž člověka doslova donutí o těchto problémech přemýšlet.

I já na úplném konci chodby stojím a v hlavě se mi míhají myšlenky, jedna přes druhou. Najednou se rozhodnu, vydat se dlouhou chodbou nazpět, tentokrát tedy opačným směrem, znovu s myšlenkami na klienty v pokojích.

Dívám se pozorněji a konečně nacházím něco, pro mne, alespoň trochu uspokojivého. Ano, smrt s sebou skutečně nese velkou hrozbu, strach. Je to trápení, které je jednoznačně viditelné na člověku, který stojí na prahu života, mnohem více možná je však patrnější v očích jeho blízkých, kteří ho na tomto prahu doprovází. Je to zvláštní, ale když jsem podobně já doprovázela svou babičku, v dobách její nevyléčitelné nemoci, jako bych z ní samotné cítila v posledních dnech jejího života neskutečnou vyrovnanost, klid. To samé jsem nyní pozorovala za pootevřenými dveřmi pokojů. Nezpochybnitelnou roli přitom hrají i lidé okolo. Mluvím především o rodinách a vstřícném personálu zařízení paliativní péče, který se snaží o to, aby klienti dostali přesně, co v danou chvíli potřebují. Aby jejich život mohl být stále co nejkvalitnější. Z většiny klientů hospicového zařízení opravdu cítím smíření. Někteří si s láskou a úsměvem prohlížejí fotky svých nejbližších, jiní posedávají na chodbách za zvuku příjemné hudby s ostatními. Postarší pán dokonce laškuje se zdravotní sestřičkou, která mu podává dávku morfia proti bolesti. V zařízení, kde jsem očekávala obrovské napětí a bolest, nyní vládne klid a mír. Jakoby nemoc, bolest a smrt byla něčím zcela normálním, běžným, něčím, co lze akceptovat. A opravdu tomu tak je, jsem tomu svědkem.

Lidé, kteří už nemají velkou potřebu smrt popírat, o ní mluví častěji. Smrt se stává běžným tématem rozhovoru, což je nelehké pro blízké osoby, které se rozhovoru účastní, ovšem velmi prospěšné pro nemocného či starého člověka. Tímto způsobem se s ní totiž vyrovnává. Popírání a tabuizace už není tak účinnou obranou, jako tomu bylo dříve. Někteří lidé o tématu smrti uvažují a mluví delší dobu před koncem jejich života. Nemusí být dokonce ani příliš staří ani nemocní a taková potřeba se u nich projeví. Každý rozhovor, úvaha je přibližuje k akceptaci konce života.

Nárůst potřeby mluvit o smrti značí, že pro jedince je toto téma aktuální a uvnitř sám sebe ho řeší (Vágnerová, 2007).

Strach ze smrti vyplývá i z faktu, že samotné umírání s sebou nese spoustu nezodpovězených otázek. Většina lidí odpovědi na tyto otázky po celý svůj život odkládá s myšlenkou, že se k nim vrátí později, až budou starší, moudřejší, až budou mít čas položit si tyto základní otázky (Marie de Hennezel, 1997).

Je pravdou, že více než 80% populace umírá ve věku nad 60 let. Tedy ve fázi života nazývané stáří. Uvědomuji si, že klienty paliativní péče nejsou zdaleka pouze senioři, v rámci mého výzkumu však tvoří právě senioři nejpočetnější zkoumanou skupinu osob.

Nicméně nemoc a smrt může postihnout člověka kdykoliv během života. Někdy zkrátka není čas čekat na zmoudření pro zodpovězení základních životních otázek a uvědomění si smyslu vlastního života. Velmi mě z pohledu tohoto zamyšlení zaujalo poselství, které získala Marie de Hennezel od svých klientů paliativní péče a předává ho dál ve své knize *Smrt zblízka* (1997, s. 38): „*Nechod'te vedle života, nechod'te vedle lásky.*“

## 2 Vymezení pojmu umírání a smrt

Vymezení pojmů umírání a smrt není jistě věcí jednoduchou a už vůbec ne příjemnou. Danou problematikou se lidstvo zabývá již od pradávna. Lidská konečnost byla v průběhu vývoje lidstva spojována zejména s obory filosofického poznání, náboženským pojetím, s etikou a pohled na ni nesporně souvisí i se sociokulturním rozvojem dané společnosti.

*„Každá kultura, každá doba se tímto tématem vyrovnává jinak, každá hledá jeho smysl jinak-a vždycky těžce a bolestně“* (Říčan, 2004, s. 365).

Field (1996) tvrdí, že „moderní“ umírání je shodné se „statkovým přechodem.“

Ten má čtyři hlavní charakteristiky:

-umírání je spojeno s medicínskou definicí smrtelné choroby

-umírání je spojeno se ztrátou aktivit a sociálních rolí (nových aktivit je jen málo)

-předběžná socializace do role umírajícího

-je jen málo „přechodových rituálů,“ které by člověku signalizovaly, že se ocitá v roli umírajícího (Field, 1996 in:Payne /ed./, 2007).

Medicínskou definici umírání můžeme vyhledávat například v odborných knihách Ondřeje Slámy, který o tomto stavu hovoří jako o *„konečné fázi lidského života charakterizované náhlé vzniklým nebo postupným selháváním systémů lidského organismu a poruchou regulace těchto systémů. K nevratnému selhání může dojít během několika dní, někdy dokonce stačí několik minut. Každý člověk má zcela jedinečnou podobu umírání“* (Sláma a kol., 2011, s. 28).

K úvahám o umírání připojuje také definice dalších nezbytně důležitých pojmů, které s tématem souvisí. V souvislosti s umíráním se totiž často mluví o pojmech:**pokročilé onemocnění, nevyléčitelné onemocnění či terminálně nemocný pacient**. Tyto termíny charakterizují pacienty z hlediska pokročilosti onemocnění, z hlediska léčebných možností a předpokládané prognózy. Z hlediska předpokládané prognózy u pacienta, která je potřeba důkladně zvážit, rozlišujeme další tři fáze.

-fáze kontrolovaného onemocnění, kdy se léčbou daří udržet projevy onemocnění pod kontrolou, celkový stav pacienta je na dobrém stupni funkční zdatnosti. Tato fáze může trvat i řadu let.

-fáze zlomu, kdy onemocnění přestává reagovat na léčbu, dochází k postupnému selhávání orgánových soustav, zhoršuje se celkový zdravotní i psychický stav jedince.

-terminální fáze, kdy dochází k postupnému nenávratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jedné nebo více orgánových soustav. Za terminální fázi jsou považovány většinou poslední týdny a dny onemocnění (Sláma a kol., 2011).

Z psychologického hlediska hovoří Křivohlavý (1991) o umírání jako o „procesu tj. neustále se měnícím stavu, dění v čase, který lze rozdělit na tři nestejně dlouhá časová období – *pre-finem, in finem a post finem*“ (Křivohlavý, 1991 in: Truhlářová /ed./, 2015).

Období **pre finem** začíná sdělením závažné diagnózy. Cílem péče v tomto období je u klienta dosažení remise nebo alespoň zmírnění obtíží. Již toto období klade na klienta velké nároky z hlediska jeho psychiky.

Elisabeth Kübler-Ross ve své knize O smrti a umírání (1992) popsala psychické změny, kterými klient již v tomto počátečním období prochází.

Jedná se o prvotní ŠOK (Proč se to stalo? Proč přišla nemoc? Proč právě mně?), který vede k postupnému rozvoji POPŘENÍ nemoci a ke stažení se do IZOLACE. Jedinec ve svém nitru sám přemýšlí o situaci, která ho potkala a snaží se ujasnit si informace, které o svém zdravotním stavu ví. Typické reakce v tomto stádiu jsou vyjádřeny výroky: „To nemůže být pravda. Jistě se jedná o omyl. Nechte mě být, to nic není apod.“ Následuje období ZLOBY a HNĚVU. Jedinec prožívá vnitřní krizi, která se navenek projevuje agresí, nepříjemným vystupováním vůči rodině, zdravotnickému personálu, vůči zdravým členům společnosti. Postupně, jak se jedinec prodírá svými myšlenkami o nemoci a smrti, dostává se do stadia SMLOUVÁNÍ, kdy projevuje svá přání. Přání závisí na hodnotovém žebříčku jedince, může si přát například dožít se promoce svého syna, svatby své dcery, léta apod. Ve většině případů se dostavuje DEPRESE ve chvíli, kdy jedinec ztrácí víru v to, že se přání dočká. Závěrem se dostavuje AKCEPTACE, přijetí pravdy o nemoci. Po přijetí pravdy se častěji objevuje nastolení důstojného klidu, občas ale také rezignace či zoufalství. Tyto a další reakce již závisí na jedinci jako takovém, na jeho zkušenostech se smrtí, vztahu k sobě i k druhým a na mnoha dalších faktorech (Elisabeth Kübler-Ross, 1995).

Nutné je podotknout, že jednotlivé fáze, přesto, že jsou řazeny za sebou, nemusí mít nutně takto daný sled. Jednotlivé fáze se mohou různě prolínat, k některým se jedinec může i později vracet, některé naopak přeskočit (Kübler-Ross, 1992, in Svatošová, 1995).

V období *pre finem* jsou pozorovány častější úzkostné stavy, než v pozdější fázi. Zřejmě je tento jev způsoben faktem, že jedinec má v prvotní fázi onemocnění ještě dostatek sil, teprve se vyrovnává se svou nemocí. Stále před sebou ještě vidí jistou perspektivu, budoucnost, úkoly, které chtěl zvládnout. Zároveň však je již nemocí částečně omezen v plnění úkolů (Kupka, 2014 in: Truhlářová /ed./, 2015).

Ve fázi **in finem** má člověk stále méně psychických i fyzických sil, což se odráží v jeho každodenních aktivitách. Jedinec se více soustředí na vlastní prožívání, které se projevuje jako vzdalování se od vnějšího světa. Objevuje se menší zájem o jiné lidi, o média, knihy, v některých případech jedinec nestojí ani o návštěvy z řad známých a přátel. Chce mít u sebe jen nejbližší rodinu. V tomto období je péče zaměřena zejména na poskytování podmínek k důstojnému odchodu ze života. „*Cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoliv tuto smrt za každou cenu oddálit*“ (Sláma, 2008 in: Truhlářová /ed./, 2015, s. 53).

Fáze **post finem** přichází po smrti člověka. Zahrnuje péči o mrtvé tělo, důstojné rozloučení s jedincem, ale také je projevem zájmu a jisté péče o pozůstalé. Právě pro nejbližší rodinu je okamžik smrti jejich blízkého důležitým okamžikem, kdy prochází krizovou situací.

V úzkém, zejména medicínském pojetí, znamená umírání terminální stav, jak byl definován výše, neboli fázi *in finem*.

Elizabeth Kübler-Ross však ve svých publikacích používá termín umírání nebo terminální fáze v širokém pojetí. Zahrnuje do něho období *pre finem* a *in finem*. Záměna obou pojmů způsobila nesprávnou interpretaci, že psychické odezvy na onemocnění a blížící se smrt začínají až ve fázi *in finem* (Jedlička, 1991 in Truhlářová /ed./, 2015).

V odborných publikacích i v obecných pohledech na příchod umírání a smrti vládne jistá nejednotnost. Podle mého názoru, je to jistě věc přirozená, když uvažíme, že u každého se může nemoc a případné pozdější umírání a příchod smrti projevovat jinak, v rozlišném časovém úseku, se zcela rozdílnými způsoby reakcí na takovou situaci.



Nedají se tedy jednoznačně ohraničit. Pro účely mé práce jsou používány pojmy umírání i terminální stádium nemoci. Terminální stádium nemoci přitom ve smyslu poslední fáze umírání.

Fakt, že přicházející smrt skutečně nelze jednoznačně ohraničit a určit, podporuje i dnešní moderní medicína. I když je u jedince prokázáno, že jeho nemoc zřejmě povede ke smrti, široká dostupnost medicínských prostředků (například umělá výživa, chemoterapie) může u umírajících zásadně prodloužit délku života ze zbývajících několika dnů či týdnů na několik měsíců či dokonce let (což je délka nemoci většinou spojovaná dříve spíše s nemocí chronickou) (Payne /ed./, 2007).

Definovat smrt je rovněž velmi náročné. Z pohledu filozofů, sociologů či psychologů nelze smrt jako takovou definovat vůbec. Po smrti totiž žádný jedinec již nedokáže podat své svědectví, proto o smrti mnoho nevíme. Definovat lze smrt tak nejpřesněji z medicínského hlediska, kdy hovoříme o tzv. smrti biologické. Světová zdravotnická organizace připojila v roce 1968 k definici smrti, která do té doby vypovídala v souvislosti se smrtí pouze o poruše základních vitálních funkcí, tedy zástavě srdce a dýchání, ještě nutnost nevratné ztráty funkce celého mozku.

Biologické smrti může předcházet smrt klinická, kdy dojde k zástavě srdce a zástavě dechu, bez poškození mozku. Nepoškozenost mozku je však v tomto případě pouze dočasná. Pokud není zahájena resuscitace, mozek postupně rovněž kolabuje.

V poslední době se definování smrti upírá, přes jistou nepřesnost v definování, k tzv. psychosociální smrti. Přičemž psychická smrt s sebou přináší intenzivní prožívání beznaděje a zoufalství, a může tak předcházet smrti biologické. Stejně tak smrt sociální, kdy dochází k vyvázání člověka z důležitých sociálních vztahů, jeho odtržení od společnosti. K sociální smrti přispívá institucionalizace umírání, přesun z domovů do léčeben dlouhodobě nemocných, nemocnic, hospicových zařízení či domovů pro seniory. Tím se umožňuje jedinci, aby byl odsunut na okraj společnosti. Není již v tak častém kontaktu s rodinou, přáteli (Truhlářová, 2015).

### **3 Obecný postoj ke smrti**

Samotné umírání a smrt je důležitým tématem, které si zasluhuje pozornost společnosti, každého jedince, který společnost tvoří. Zasluhuje si hloubku myšlenek každého z nás. Jsme to totiž právě my všichni, kterým byl dán dar života, ten je však pomíjivý, nestálý. A tak čím více budeme nad smrtí přemýšlet, přibližovat se k tomuto tématu, tím si budeme připomínat i vlastní konečnost života, která je nevyhnutelná, ale pouhá myšlenka na ni vzácná právě tím, že díky ní můžeme prožívat svůj život zodpovědněji, s rozvahou zacházet s drahocenným časem, který nám byl vyměřen (Haškovcová, 2007). Obecný postoj ke smrti však s sebou přináší nikoliv rozsáhlé úvahy o tématu, ale jeho tabuizaci a snahu vytlačit jakoukoliv myšlenku spojenou s bolestí, umíráním a smrtí na samotný okraj společenského smýšlení.

Obecný postoj ke smrti má tři základní složky:

#### **Citový vztah**

Je vyjádřen strachem a úzkostí, může se jednat ale také například o apatii, rezignaci či touhu po smrti (zejména u nemocných lidí). Touha po smrti se objevuje zejména v souvislosti s potřebou zbavit se utrpení, které nemoc, umírání přináší (Svatošová, 1995).

#### **Kognitivní složka**

Zahrnuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenosti se smrtí. Lidé často nechťejí o smrti ani hovořit, dokud nejsou staří, natož se k ní přibližovat. Tento způsob obrany (tedy únik od problému) vede v konečném důsledku k převaze emotivního hodnocení nad racionálním (Svatošová, 1995).

#### **Chování**

Chování, které vyplývá z myšlenky smrti, je ovlivněno především emotivně. Ve vztahu ke smrti se člověk chová tak, aby se co nejlépe vyhnul konfrontaci s realitou.

Ve vztahu ke smrti může dojít k rozporu rozumové a emotivní složky. Jedinec tehdy chápe smrt jako nevyhnutelný konec života, ovšem nechce jej přijmout.

Podle Junga (1994) může prožít druhou polovinu svého života smysluplně jen ten, kdo akceptuje jeho nekonečnost. Smrt by podle něho měla být chápána dokonce jako životní cíl, smysl, jehož hodnotu dočasnost a smrtelnost nesnižuje (Svatošová, 1995).

*„Život ve druhé polovině neznamena vzestup, rozvoj, rozmnožení, životní rozmach, ale smrt, neboť jeho cílem je konec... Vznikání a zanikání tvoří jednu a tutéž křivku. Smrt je duševně stejně důležitá jako narození a je stejně integrální součástí života“*

(Jung, 1994, in: Vágnerová, 2000, s. 508).

Dnešní lidé velmi neradi vidí bolest, utrpení, smrt. Společnost je zaměřena opačným směrem životního cyklu. Obdivováno je mládí, úspěch, vytrvalost, výkon a užitečnost. Reálné jsou hrozící představy, že těžko či vůbec nevyléčitelné choroby a také umírání jsou v rozporu s dnešními hodnotami, tudíž ztrácí jakýkoliv smysl. Je zbytečné, aby společnost přicházela do kontaktu s umírajícími. Přesně toto je myšlení dnešní většinové populace. Nikdo si však neuvědomuje, jaké riziko s sebou toto smýšlení přináší. Člověk se učí v případě vážné nemoci a umírání vnímat sebe či jiného jako něco, co nemá žádnou hodnotu (Svatošová, 1995).

Přitom jsou to právě zdraví a ekonomicky činní lidé, kdo mohou vytvořit podmínky pro důstojný odchod nemocných a umírajících.

Obecný postoj ke smrti a umírání formuluje rozvoj medicíny. Pokrok v medicíně – rozvoj v diagnostice, zvláště zobrazovacích metodách (onemocnění může být rozpoznáno ve velmi raném stadiu), v rozvoji léčebných postupů, farmakologie atd., zapříčinil orientaci na strategii úspěchu. Medicína se začala jednostranně orientovat na zápas a vítězný boj s nemocí. Mnoho lékařů začalo smrt pacienta považovat za osobní prohru. Pokrok s sebou přinesl dvě výrazná negativa (Haškovcová, 2007).

### **3.1 Rozvolnění vztahu mezi lékařem a pacientem**

Dříve byl lékař považován za odborníka, rádce a pacienti mu zcela důvěřovali. Vytvářel se mezi nimi **Paternalistický vztah**. Lékař si byl vědom své moci, zároveň však vnímal omezené možnosti léčby (diagnostiky, léčebné možnosti). Proto tam, kde již pacientovi nedokázal pomoci, využíval své lidskosti, lidských citů a přirozenosti. Uplatňoval laskavou, vstřícnou péči, která přesně korespondovala s potřebami umírajícího.

Dnešní lékař má možnosti podstatně větší. Musí zvládat veškeré diagnostické postupy, léčebné metody svého oboru, neboť profesionálně zvládnutelných postupů a metod je v dnešní době tolik, že lékaři se již specializují pouze na užší okruh medicínské profese. Stává se tedy, že o nemocného se nyní starají celé týmy profesionálů z různých odvětví, oborů medicíny. Došlo k odosobnění vztahu mezi lékařem a pacientem.

Pacient se v systému nejrůznějších vyšetření ztrácí jako člověk, je jedním z mnoha pacientů (Haškovcová, 2007).

### **3.2 Odmítání proher**

Technicky neuvěřitelně vyspělá medicína v současné době vždy „agresivně bojuje“ proti nemoci. Smrt je jen těžko přípustná. Lékaři se ze všech sil snaží zachránit pacientovi život, což má za důsledek jednostranný pohled, kterým je somatický stav pacienta. Stav, kdy smrt je neodvratná, přesto je stále namáhavě oddalována, se nazývá dystanázie neboli zadržovaná smrt (Haškovcová, 2007).

Laická i odborná veřejnost rychlostí pokroku medicíny přijala názor, že smrt je „vadou na kráse“ moderní medicíny. Proto začal být konec života jedince ve společnosti tabuizován. Jedinec se začíná se smrtí vyrovnávat až ve chvíli svého vlastního konce, protože z předešlých let nemá zkušenosti s umíráním a smrtí. Umírání prochází procesem institucionalizace, přesouvá se do nemocnic, domovů pro seniory, apod.

Přesto, že ve společnosti je téma smrti a umírání ještě stále tabuizováno, pokusy o detabuizaci probíhají již od poloviny 20. století (u nás až od roku 1989). Vznikají společnosti a občanská sdružení, která usilují o zlepšení péče o nevyléčitelně nemocné a umírající. Na významu nabývá paliativní péče a v posledních letech zejména domácí hospicová péče. Blíže si specifika zařízení přiblížíme později.

Pro pochopení posunu v oblasti potřeb nemocného a umírajícího a jejich naplňování se pojďme podívat na umírání a smrt v minulosti (Haškovcová, 2007).

## 4 Umírání a smrt v minulosti

Konečnost lidského života si lidé uvědomovali vždy. V historickém kontextu jsou však patrné rozdíly v akceptaci smrti, její vnímání v dávných dobách a dnes.

V dřívějších dobách byla smrt mnohdy chápána jako významný předěl mezi krutým pozemským životem a životem věčným, životem v ráji. Pohled na smrt ovlivňovala vysoká novorozenecká úmrtnost, dříve nevyléčitelná onemocnění, která se v kontextu dnešní medicíny zdají banální. Reálná šance dožít se dospělosti byla podstatně nižší, než je tomu dnes a také samotný vrchol života přicházel mnohem dříve. Střední délka dožití nebyla nikterak vysoká.

Lidé krátce stonali a rychle umírali. Umírali doma, někteří na ulici před zraky všech ostatních. Nikdo se nad smrtí nepozastavoval jako nad něčím odporným. Smrt byla součástí životů lidí a jako součást byla i brána. Celé generace byly se smrtí srozuměny. Lidé se učili umírat již v průběhu svého života, když pozorovali smrt v okolí. Smrt nebyla zcela oproštěna od strachu, nicméně lidé se báli smrti jinak. Velkou útěchou byla víra v posmrtný život a celkově větší odklon ke křesťanství.

Propracované církevní rituály ostatně dodnes přináší jisté zklidnění, smíření se se smrtí i pro ty, kterým víra nic neříká.

Domácí model umírání je však záležitostí posledních dvou století, i když je mnohdy spojován s ideální péčí, kterou v minulosti poskytovali umírajícím jejich blízcí. Opak je však pravdou, péče o umírající byla kdysi dávno minimální, v některých případech žádná. Snahy společnosti směřovaly alespoň k materiálnímu zajištění umírajícího, které by uspokojilo jeho základní fyzické potřeby. O potřebách sociálních a psychických se příliš nemluvilo. Přesto se v rámci psychických potřeb lidé intuitivně chovali k umírajícím lépe, než je tomu dnes. Protože smrt nebyla tabuizována, věděli lidé, jak se mají k umírajícímu člověku chovat, stejně jako sám umírající tušil, co se od něj očekává. Nejpropracovanější složkou péče o umírající byla v minulosti složka duchovní. O uspokojení duchovních potřeb se starali kněží a věřící členové rodiny. Pouze nejbohatší občané si mohli dovolit mít při umírání u lůžka lékaře. Ostatním takového komfortu nebylo mnohdy dopřáno ani v průběhu života, kdy je postihla nejedna nemoc.

Péče o nemocné a umírající se postupně dostávala do popředí zájmu, a tak zejména od středověku začala vznikat zařízení typu chudobinců, chorobinců, špitálů i pastoušek, kde umírající na sklonku života nacházeli svá útočiště (Haškovcová, 2007).

Z předešlého můžeme konstatovat, že v minulosti jen velmi pozvolna nahrazoval institucionální model umírání předchozí, běžnější model domácího umírání.

#### **4.1 Domácí model umírání**

Na počátek objasňování negativ a pozitiv tohoto modelu umírání je třeba zdůraznit, že ne každý v minulosti měl svou rodinu a mohl tak umírat v jejich okruhu. Mnoho lidí umíralo na ulici zcela osamoceně.

O umírající, kteří však žili v rodině, se jeho nejbližší přirozeně starali v době nemoci i v posledních chvílích života. Když umírající pocítil, že již nebude dlouho na světě, zpravidla svolal svou rodinu, aby mohl vyslovit poslední přání. Příbuzní následně zavolali kněze, který připravil umírajícího, poskytnutím svátosti nemocných, na poslední cestu do neznáma. Pokud umírající trpěl silnými bolestmi, byl přivolán ještě lékař, aby podal morfium. Lékařů však nebylo mnoho a rodiny často neměly na jejich zaplacení, proto mnohdy lidé umírali v bolestech.

Umírání bylo sociálním aktem. Členové rodiny si zcela samozřejmě, s ohledem na tradici, rozdělovali péči o umírajícího. Protože po ruce neměli mnoho odborných prostředků pro péči, nešetřili vlídnými slovy, pohlazením, vyslechnutím nemocného. To bylo mnohdy to nejcennější a nejdůležitější, co bylo třeba u lůžka nemocného dělat. Protože se téměř každý několikrát za život setkal s přímou smrtí, věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Lidé měli zafixované určité modely umírání, podle kterých postupovali. Když dotyčný zemřel, nejstarší syn mu zatlačil oči, otevřelo se okno, aby mohla duše ven z pokoje a mrtvý byl oblečen do nejlepších šatů. Poté zůstával po tři dny v pokoji vyzdobeného květinami, aby každý z jeho přátel či vzdálenější rodiny mohl se přijít rozloučit. Teprve potom probíhal slavnostní obřad rozloučení.

Pečující osoby také musely zvládat základní ošetrovatelské úkony. Když nemocný odmítal tuhou stravu, nabízely mu polévkový vývar, tekutiny, bylinné čaje. Zesláblého přikrývaly, protože věděly, že mu bude scházet teplo, udržovaly v pokoji šero, neboť světlo by mohlo být nepříjemné.

Dnešní člověk takové dovednosti nemá a je přesvědčen, že o umírajícího se zvládne postarat jen profesionální zdravotník (Haškovcová, 2007).

## **4.2 Institucionální model umírání**

Tento model umírání se vyvíjel postupně. Hlavní myšlenkou institucionální péče o umírající bylo zajištění základních fyziologických potřeb u každého umírajícího. Azylové domy (chorobince), později špitály, nemocnice poskytovaly čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a hygienické zázemí pro každého, kdo to v době své nemoci potřeboval. Zpočátku nemůžeme mluvit o odborné zdravotnické péči. Poskytována byla spíše základní ošetrovatelská péče, kterou zastávaly řádové sestry. Tato opatrovnická činnost, kterou ze známých jmen vykonávala například Karolina Světlá či Eliška Krásnohorská, se jen pozvolna měnila ve skutečně odbornou zdravotnickou pomoc.

Ve snaze zlepšit situaci umírajícího vznikala praxe tzv. bílých zástěn (plent), které v obrovských pokojích, kde leželo několik pacientů, oddělovaly pacienty bezprostředně před koncem život, od ostatních. Později byly plenty nahrazeny speciálními pokoji, kam rovněž směřovali pacienti před smrtí. Tato praxe byla celkově velmi psychicky náročná pro samotné nemocné, kteří již vyčkávali, kdy je potká stejný osud jako právě kolegu a budou odvezeni do speciálního pokoje.

Rodina směla nemocné navštěvovat jen každou středu a neděli. Byl tedy velmi omezen, ba dokonce téměř zcela odepřen, kontakt umírajícího s jeho nejbližšími. Člověk tak umíral sám, opuštěn, pouze s lékaři, kteří pro něj byli zcela neznámými lidmi.

Dostáváme se do dnešní doby, kde stále ještě převažuje institucionální model umírání. Podmínky v takovýchto zařízeních jsou již zcela odlišné, péče je poskytována na daleko lepší úrovni. To však nic nemění na faktu, že umírající se v posledních dnech života ocitají v naprosto cizím prostředí, mnohdy bez nejbližších a přátel. Laická veřejnost odsouvá těžce nemocné do nemocnic a jiných zařízení, nikoliv snad s lhostejností k osudu nemocného, ale s nadějí, že vítězná medicína zabráni smrti. Pokud rodina pochopí, že to je skutečně nemožné, jejich přání směřuje stejně k lékařům, sestrám, pečovatelkám, aby zajistili umírajícímu důstojný odchod (Haškovcová, 2007).

## 5 Potřeby lidí v bezprostřední blízkosti smrti

Potřeby člověka v bezprostřední blízkosti smrti se významně mění oproti předchozím etapám života.

Potřeba v užším slova smyslu je chápána jako „stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost.“ V širším pojetí je definována jako „požadavky nezbytné pro biologický, psychický a sociální život člověka“ (Dostálová, 2004 in: Bužgová, 2015, s. 40). Haškovcová (2007) připomíná, že k základním potřebám člověka patří také potřeby spirituální, jejichž uspokojení hraje u umírajícího velkou roli. Bartlová (2005 in: Bužgová 2015) uvádí, že v současné etapě společenského vývoje jsou potřeby stále složitější, pramení jak z biologických, tak z psychických a společenských determinant.

Systematizací a členěním potřeb se zabývala spousta autorů, nejznámější hierarchie potřeb pochází od Maslowova, v níž rozlišuje dvě kategorie:

-nižší potřeby (základní potřeby)

-vývojově vyšší potřeby (potřeby růstu)

Potřeby těžce nemocného či umírajícího pacienta se mohou odvíjet právě od zmíněné hierarchie. Maslow pokládá za základní potřeby fyziologické. Jedná se tedy spíše o potřeby biologické, které musí být uspokojeny především. Mezi vyšší potřeby jsou pak řazeny potřeby sounáležitosti, lásky, uznání, sebeúcty, seberealizace (Nakonečný, 1997 in: Bužgová, 2015).

Holistické pojetí péče si žádá holistický pohled na potřeby klienta, pacienta. Péče o člověka s vážným onemocněním, či v době jeho posledních dnů života, je péčí zcela jistě holistickou. Znamená to, že postaráno by mělo být o pacienta napříč všemi jeho potřebami, což, podle mého názoru, v rámci vyložené zdravotnického zařízení, typu nemocnice, nelze zcela jistě zajistit.

V souvislosti s kvalitní péčí o umírajícího pacienta je důležité začít se včas zamýšlet nad jeho potřebami. Specifická podoba potřeb u nemocného či umírajícího je závislá na charakteru nemoci, na pacientovi samotném, na sociálních podmínkách, ve kterých žije.



V důsledku nemoci se některé potřeby jedince mění, vznikají potřeby nové (Bártlová, 2005 in: Bužgová, 2015). Svatošová (1995) mluví o potřebách biologických jako o prvořadých potřebách na počátku onemocnění a o potřebách spirituálních jako o důležitých potřebách preferovaných v závěrečné, terminální fázi nemoci.

Většina z nás se jen těžko dokáže vžít do kůže těžce nemocného, umírajícího člověka. Příliš jasně si nedokážeme představit, co daný jedinec v průběhu nemoci, někdy dokonce během několika měsíců, týdnů, dnů, ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, práce, životní rytmus, volnost pohybu, stravovací zvyklosti, apod. Naopak se navíc musí vyrovnávat s bolestí, strachem, s nepřehledným množstvím zdravotních vyšetření, zákroků, apod. Když se nad tímto zamyslíme, musí nám logicky dojít, že takový člověk má právo na to reagovat úzkostně, podrážděně, zmateně, upadat do depresí. Od jeho psychických stavů se potom odráží veškeré potřeby, které by se okolí mělo snažit, přes sebevětší nevrlost, respektovat a uspokojovat (Svatošová, 1995). To může být někdy opravdu složité.

Lékařský institut (Institute of Medicine, 1997) ve Washingtonu stanovil klíčové potřeby v posledních dnech života člověka. Hlavními potřebami jsou možnost překonávat s někým strach z opuštění, protahované smrti a zajištění důstojné péče. Přesto podle institutu existuje nedostatek vědeckých poznatků o preferenci potřeb jednotlivých pacientů, klientů, pochopení jejich potřeb, což tedy uspokojování potřeb výrazně stěžuje (Bužgová, 2015).

Svatošová (1995) poukazuje na čtyři základní okruhy potřeb těžce nemocného a umírajícího. Jedná se o potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.

## **5.1 Potřeby biologické**

Potřebami biologickými je myšleno vše, co potřebuje nemocné tělo. Vhodnou formu jídla, pití. Nemocný vyžaduje teplo, klidné prostředí pro odpočinek, spánek. Podmínky pro klidné prostředí může mít pacient často lepší doma než v nemocnici či jiném druhu zařízení. Tělo pacienta se potřebuje zbavit produktů metabolismu, potřebuje kyslík. Takové potřeby jsou uspokojovány na lékařské úrovni, což ovšem neznamená, že by pacient musel být upoután na nemocniční lůžko.

S přihlédnutím na jeho zdravotní stav, může rovněž pobývat doma, kde ho například navštěvuje zdravotní sestra a stará se o jeho zdravotní stav. V bolestivých fázích nemoci jsou podávány také léky na její utišení (Svatošová, 1995).

## 5.2 Potřeby psychologické

Každý člověk je jedinečnou osobností. To je důležité mít na mysli i v době, kdy jedinec dovršuje svou životní cestu. Péče o těžce nemocného a umírajícího zcela striktně vyžaduje úctu a respektování jedince. Člověk přesto, že je těžce nemocný, potřebuje se svým okolím komunikovat o běžných věcech. Potřebuje, aby mu i nadále byly nabízeny aktivity, činnosti, kterým se věnoval před nemocí. Pak je jen na něm, zda této nabídky využije. V rámci psychologických potřeb a komunikace není vhodné dotyčnému lhát například o jeho zdravotním stavu. Pacient má právo znát svůj stav, přesto platí pravidlo sdělovat jen tolik, kolik pacient sám chce slyšet a ve chvíli, kdy o to stojí.

V neposlední řadě je důležité myslet na to, že v komunikaci za nás mluví také řada gest, mimika, oblečení, postoj apod. (Svatošová, 1995).

Jedinec, který je stížen vážnou nemocí prochází těžkými psychickými změnami obecně. Obranné mechanismy, ke kterým dochází, byly popsány výše (viz. psychické změny, které popsala Elizabeth Kübler-Ross).

K nim je třeba dodat, že ve všech fázích umírání jsou rovněž přítomny projevy související s nadějí (například náhlý obrat k lepšímu, uzdravení souseda z podobné nemoci apod.). Tato naděje nesmí být dotyčnému upírána (Haškovcová, 2000 in: Truhlářová, 2015).

Podobně jako Elizabeth Kübler-Ross zobecňuje prožitky nevyléčitelně nemocných do fází, obdobně se o rozčlenění psychických dějů, kterými jedinec v tomto těžkém období prochází, pokouší i Křivohlavý (2002):

První fázi nazývá **výkřikem**. Jde o velmi silnou citovou reakci (paniku). Stav zaplavení velmi silnou úzkostí. Navenek se projevuje emocionálním extrémem. Může se jednat o hysterický nářek, křičení, pláč. Dále se objevuje náhlá psychická slabost a ochablost-

záchvaty mdlob, dokonce upadnutí do bezvědomí.  
Stav naprostého emočního otupění.

Po této vyčerpávající fázi vyrovnaní se s onemocněním, přichází **popření**, kdy se jedinec snaží popřít naprosto vše, co souvisí s nemocí. Jedinec se chová a jedná, jakoby se nic nedělo, jakoby se ho nemoc netýkala. Intruze představuje nutkavé, vtíravé myšlenky směrem k nemoci. Vůči těmto myšlenkám se jedinec bránit nemůže.

Pokud se podaří dotyčnému překonat dobu pokusů a omylů, kdy dělá vše pro to, aby se uzdravil, popřípadě se s nemocí vyrovnal, opravdu dojde v jisté míře (která je u každého individuální) ke **smíření**. Pacient může bez atak paniky myslet na svůj zdravotní stav, zároveň je schopen se od myšlenek na nemoc odpoutat, pokud zrovna nechce o nemoci přemýšlet. Pacient se může smířit s faktem, že je terminálně nemocen a umírá (Kupka, 2014 in: Truhlářová /ed./, 2015).

### 5.2.1 Emocionální stav umírajícího

Nejtypičtějšími emocemi v období těžkého onemocnění a umírání jsou strach a úzkost. Je třeba myslet vždy na to, že strach je naprosto normální reakcí v takto těžké životní situaci. Strach prožívá nejen sám nemocný, ale také jeho okolí. U dotyčného se může projevovat řadou příznaků v oblasti tělesné, psychické i sociální. Přesáhne-li strach určitou hranici, může často docházet k atakům paniky.

Úzkost patří k základním existenciálním pocitům. Kierkegaard ji popisuje jako: „*Stav, kdy z reflexe lidského bytí vychází obava, která nemá předmět, je specificky lidská a vyjadřuje existenciální nejistotu člověka, jako jakési tušené ohrožení*“ (Nakonečný, 2000 in Truhlářová /ed./, 2015, s. 76).

Většina umírajících není schopna popsat, z čeho jejich úzkost vyplývá, čeho se vlastně bojí.

Strach naopak bývá konkrétní, například strach z bolesti, strach z opuštěnosti, strach z tělesné změny, strach ze selhání (obava, že dotyčný situaci nezvládne), strach z nedokončení práce, strach o rodinu, její zajištění, atd.

V terminální fázi nemoci člověk pomalu pozbývá kontroly nad svými věcmi, událostmi, nad svým tělem. Různým způsobem tuto bezmocnost prožívají všichni umírající.

Někteří se v důsledku této situace uzavřou do sebe, k okolí jsou zlostní, a zatrpklí. Jejich mysl je zcela zaměstnána nemocí, hledají další a další možnosti vyléčení, konzultují s odborníky. Neustále zlostně žehrají na svůj osud.

Další nemocní své pocity beznaděje a smutku spíše před okolím tají. Nechtějí s nemocí obtěžovat ostatní.

Jiní o svých pocitech otevřeně mluví. Často se při rozhovoru s umírajícími objevují dva odlišné postoje přijetí bezmoci. Prvním je přijetí, smířování se s nevléčitelnou nemocí, s omezeními, která s sebou nese. Druhým je doufání v zázrak, že vše bude zase v pořádku. Dotyčný může přitom v jednu chvíli vyjadřovat jeden postoj, během chvíle změnit svůj názor a uchýlit se k postoji druhému.

Strach z umírání je obecně spojován se strachem z bolesti. Cecilie Saundersová, představitelka komplexní paliativní péče, mluví o bolesti celkové. Ta se skládá z bolesti fyzické, sociální, emoční, které jsou vzájemně provázány. Přičemž bolest fyzickou lze nejspíše nejjednodušší rozpoznat a definovat. Bolest sociální souvisí s utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny, přátel, nebo se ztrátou sociální role. Bolest emoční zahrnuje neblahé pocity duševního otřesu, kterými mohou být otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese (Munzarová, 2005 in Truhlářová /ed./, 2015).

Součástí emočního otřesu v období nemoci a umírání může být zlost, agresivita vůči okolí. Je třeba tyto emoce chápat a respektovat. „*Hněv vzniká nejčastěji v situacích, kdy nám nějaká překážka brání v uskutečnění našich snah či dosažení cílů*“ (Plhánková, 2003 in: Truhlářová /ed./, 2015, s. 80). Nemocný takovým způsobem bojuje s realitou. Je postaven před skutečnost časového omezení života a je frustrován, protože ví, že některé úkoly už nedokončí (Truhlářová /ed./, 2015).

Psychosociální zátěží pro nemocného navíc může podle Bolelouckého (2004) být:

- pocit vlastní slabosti a neschopnosti, ztráta soběstačnosti
- syndrom ztráty = změna dosavadního stylu života, ztráta moci nad svým životem
- nedokončená práce, která narušuje pocit celistvosti života
- rodinné problémy, zhoršená komunikace a vztahy v rodině (Boleloucký, 2004 in: Bužgová, 2015).

### 5.3 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský a to i v době nemoci. Mezi hlavní potřeby tedy patří kontakt s okolím. Je na místě, aby si dotyčný sám korigoval návštěvy, aby si sám určoval, s kým touží být v kontaktu, kdy a jak dlouho (Svatošová, 1995).

### 5.4 Potřeby spirituální

V souvislosti s tímto okruhem potřeb je nutno podotknout, že se nejedná pouze o potřeby věřících. Pro většinu lidí, i nevěřících, je důležité se v posledních chvílích života upínat k něčemu, co přináší určitý druh naděje. Je to víra, kam člověka dovedou myšlenky o smyslu bytí, o tom, jak prožil svůj vlastní život, kam by chtěl směřovat dál. Člověk má v období těžké nemoci potřebu odpouštět ostatním, ale také doufá, že bude odpuštěno jemu samotnému.

Do potřeb spirituálních je možné zařadit potřebu smysluplnosti, kdy jedinec potřebuje vědět, že jeho život měl smysl až do poslední chvíle (Svatošová, 1995).

Spirituální potřeby mohou být uspokojovány v přítomnosti kaplanů, dobrovolníků, kteří pracují v kaplanství, náboženských představitelů, nebo jen v přítomnosti rodiny. Nejdůležitější je totiž udělat si na pacienta, klienta čas, vyslechnout ho, „pomáhat mu nacházet cestu, smysl.“

V nejrůznějších zařízeních, která poskytují péči těžce nemocným a umírajícím, jsou zřízeny kaple, meditační pokoje, modlitebny, místnosti pro zaopatření zemřelých. Často jsou pořádány společné bohoslužby, oslavy náboženských svátků. Dotyčný má možnost využívat televizního vysílání, individuálních návštěv náboženského hodnostáře, individuální meditace apod. (Payne, 2007).

### 5.5 Konkrétní druhy potřeb

Do podkapitoly konkrétních druhů potřeb jsem zařadila takové potřeby člověka na sklonku života, které, dle vlastních zkušeností z praxe, považuji za základní pilíře péče o klienty umírající. Jedná se o potřeby, jejichž uspokojení je klienty nejčastěji vyžadováno. Samozřejmostí je, že každý klient může projevovat ještě mnohé další, individuální potřeby, tyto však, jsou jen malým nástínem toho, že i lidé v posledních chvílích života potřebují zájem a citlivé vnímání svého okolí.

Při odborné stáži v zařízení hospicové péče, kterou jsem absolvovala v rámci diplomové práce, jsem sama vnímala snahu personálu o naplňování právě následujících potřeb klientů, podle kterých je definována i samotná péče v zařízení. Potřeby jsou v následující podobě zapsány v Kodexu pracovníků daného zařízení.

#### **5.5.1 Potřeba citové jistoty a bezpečí**

Tato potřeba může být velmi silná. Člověku, kterému ubývají kompetence a energie záleží na opoře a pomoci, která mu je poskytována. Důležitá je blízkost osob, se kterými si často potřebuje jedinec potvrdit svůj vztah k nim. Potřebuje, aby mu někdo naslouchal, dokonce se objevuje i potřeba poslat nějaké myšlenku, poselství, které jedinec za dobu svého života nabyt, dál. Potřeba mívá i charakter regresivní, kdy jedinec vyžaduje pohlazení, tělesnou blízkost (Vágnerová, 2007).

V souvislosti s tímto Marie de Hennezel (1997) absolvovala v rámci své praxe v paliativní péči „odborné školení v haptonomii“ a předává je dál. Školení mělo za cíl umět se přiblížit ke klientům citovým dotekem, který vychází z potřeb klientů paliativní péče. Sama považuje podobné školení za velmi důležité, protože v dnešní době je celkově pro mnoho lidí těžké takovou schopnost rozvíjet.

#### **5.5.2 Potřeba zachování sebeúcty**

Přijatelný způsob chování ke starému člověku a jednání s ním, respekt jeho osobnosti a ohled na jeho přání (Vágnerová, 2007).

#### **5.5.3 Potřeba otevřené budoucnosti, přesahu vlastní fyzické existence**

Umírající člověk mívá potřebu vyjadřovat se k budoucnosti, která se ho sice již osobně netýká, ale vztahuje se k jeho blízkým lidem (Vágnerová, 2007).

#### **5.5.4 Potřeba zůstat sám sebou**

Ke každému člověku, i když je v terminálním stádiu nemoci, je třeba přistupovat individuálně, jako k jedinečné osobnosti. V paliativní péči by měl být dostatek času na vstupní pohovor s klientem samotným i s jeho rodinou při přijímání do péče.

Důležité je projevovat každodenně zájem o život pacienta, o jeho vzpomínky. Na získané informace navazovat péči.

S touto potřebou souvisí určitá nutná dávka empatie ze strany personálu, který o klienta pečuje (Vágnerová, 2007).

#### **5.5.5 Potřeba cítit se žensky/mužně**

Pohlaví člověka tvoří velmi důležitou součást sebepojetí. Dále určuje ve smyslu psycho-sociálním jisté dané projevy typické pro ženu/muže. Je potřeba na tyto odlišnosti nahlížet. A v souvislosti s nimi také podporovat vzájemný vztah partnerů, který již není založen na fyzické lásce, přesto je kontakt s milovanou osobou velmi důležitý. Stále se ještě dají hledat cesty k vzájemnému vyjádření lásky (Vágnerová, 2007).

#### **5.5.6 Potřeba splnit svůj úkol**

Úkolem v období terminálního stadia nemoci je postavit se strachu z konce života, přijmout prožitý život takový, jaký byl. Existují však i specifické úkoly, které je třeba dokončit, zajistit. Umírá-li matka dětí, má potřebu své děti zajistit do budoucnosti, předat je někomu jinému do péče. Stejně tak, umírá-li otec od rodiny, potřebuje vědět, že o jeho blízké bude dobře postaráno. Proto je důležité, klienta vyslechnout a ujistit ho, že o těchto úkolech víme a dokážeme mu pomoci (Vágnerová, 2007).

#### **5.5.7 Potřeba rozhodovat o sobě**

Tato potřeba souvisí s lidskou vůlí. Klient má do poslední chvíle právo rozhodovat o tom, jak bude probíhat jeho léčba, kde bude trávit své poslední dny i o tom, s kým se bude vídat, co bude jíst a pít, jak se bude oblékat, co bude provádět za aktivity (Vágnerová, 2007).

#### 5.5.8 Potřeba plakat, potřeba se smát

Z hlediska péče o osoby v terminálním stádiu nemoci, není vhodné pacientovi říkat „neplačte,“ tím pouze bagatelizujeme jeho problémy, kterých má v danou chvíli opravdu dosti, a tak popravdě „je co oplakávat.“ Stejně tak, ale má pacient právo se smát.

Není správné pacienta zbytečně stresovat jeho nemocí, vytvářet neklidnou a nepříjemnou atmosféru, neustále ho pouze oplakávat. Jedinec se tak jen dostává do úzkosti (Vágnerová, 2007).

#### 5.5.9 Potřeba mít pravdivé informace

Pravdivá informovanost hraje při umírání obrovskou roli. Mnohdy se setkáváme s případy, kdy nemocný sám neví o tom, že umírá, zatímco jeho nejbližší ano (Vágnerová, 2007).

#### 5.5.10 Potřeba být rodinou

Každý člověk má právo být členem své rodiny do poslední chvíle. Dobrou praxí v paliativní péči je, že může být rodina velmi často pospolu. Naopak nevhodné je, když lékař sděluje špatné zprávy rodině a vyžaduje od nich, aby to byli oni, kdo je sdělí své babičce, dědečkovi apod. Z členů rodiny se tak stávají nositelé špatných zpráv (Vágnerová, 2007).

#### 5.5.11 Potřeba žít stále v naději

*„Naděje je k životu nutná stejně jako její dvě sestry, víra a láska“* (Svatošová, 1995, s. 11). I umírající touží po naději. Zpočátku se může jednat o naději dlouhodobé, například, že se podaří nemoc vyléčit, později, když tomu tak není, je zapotřebí pomocí malých krůčků dosahovat nadějí krátkodobějších. Přitom není nutné, dotyčnému, cokoliv nalhávat. Realita je jediná pravda a i umírající by ji měl znát. Přesto se však může těšit z maličkostí, z krátkodobých cílů, kterých je možno ještě dosáhnout. Zpočátku například, že za půl roku se mu má narodit právnuče, za měsíc má maturovat vnučka, později se může jedinec upínat na událost, které se zúčastní za týden, zítra.



I když jsou cíle stále menší, naděje zůstává. Protože dokud před sebou člověk vidí cíl, má pro co žít (Svatošová, 1995).

#### **5.5.12 Potřeba sdílení emocí**

Jedinec v těžkém období života, kterým je nemoc a umírání, nutně potřebuje emocionální podporu v podobě naslouchání. Vyjádření svých pocitů, které se týkají blízké smrti, je základním právem, které plyne z Charty umírajících. Dotyčný by tak měl získat možnost sdílet své emoce z umírání a smrti s nejbližším, zdravotníky, personálem určitého zařízení. Současně také mít možnost hovořit o obavách a strachu. Ventilace těchto emocí je považována za důležitý prvek terapeutické práce paliativní péče (Bužgová, 2015).

#### **5.5.13 Potřeba sociálního zabezpečení**

Povětšinou se v rámci paliativní péče mluví o uspokojování psychických potřeb jedince. Sociální zabezpečení je však nedílnou součástí spokojeného dožití nemocného. Potřeba sociálního zabezpečení může být klienty chápána rozdílně. Jednak se může jednat o potřebu rodinného zajištění, kdy si nemocný přeje, aby se jeho rodina měla dobře. Aby po něm zkrátka něco zůstalo.

Z druhého úhlu pohledu je potřeba chápána jako momentální finanční situace, která má pokrýt péči a služby klientovi poskytované. V souvislosti s tímto finančním zabezpečení je možné požádat o pomoc státu například v podobě příspěvku na péči, příspěvku na potřebné pomůcky apod. (Bužgová, 2015).

#### **5.5.14 Potřeba vhodného prostředí**

Prostředí, ve kterém dotyčný tráví poslední měsíce, týdny či dny svého života, je důležité jak pro něho samotného, tak pro rodinu a nejbližší. Obecně je nemocnice považována za nevhodné místo úmrtí (Robinson et al., 2013 in: Bužgová, 2015). Mnoho lidí považuje nemocniční prostředí za strohé, studené, sterilní prostředí. Vhodné prostředí zahrnuje dostatek soukromí. Rovněž samotné vybavení pokojů hraje roli.

Klient by měl mít možnost disponovat různými osobními věcmi, které si může v pokoji vystavit. Pro to, aby se klient cítil dobře, může být místnost doplněna květinami, obrazy, vlastním povlečením apod. (Vágnerová, 2007).

#### 5.5.15 Naplnění dne aktivitou

Naplnit den aktivitou je důležitou sociální potřebou také pro pacienta v závěru jeho života. Potřeba se projevuje jako touha využít, i když mnohdy omezeně, zbývajících čas. Pokud je to možné, měl by mít klient možnost pokračovat, alespoň částečně, v aktivitách, kterým se věnoval dříve. Smysluplné vyplnění času může odvést pozornost od fyzických i psychických problémů. Na důležitost animace, tedy oživení života, v paliativní péči, upozorňuje Kalvach (2006). Možnost naplnění dne nějakou aktivitou podporuje přátelské prostředí, kolektiv a nezbytná pomoc od druhých. Z výzkumu, který byl realizovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky v letech 2011-2014 a byl zaměřen na potřeby klientů při hospitalizaci v konečném stadiu nemoci, vyplynulo, že 67% dotazovaných pacientů považuje naplnění dne nějakou aktivitou za důležité. Přitom se tato potřeba klientů ukázala jako nejčastěji nenaplněná, a to u 18% pacientů (Bužgová, 2015).

V každém případě pro nevyhléditelně nemocného jedince je největším darem přítomnost blízkého člověka. Přítomnost někoho, kdo dokáže s nemocným sdílet jeho strach, utrpení a zároveň ho trochu rozptýlit v těžkých chvílích života. „*Provázet nemocného znamená pomáhat mu žít v době umírání. Odstranit utrpení ze života nelze, ovšem pochopit smysl utrpení a projít těžký kus cesty s umírajícím je příležitost pro člověka, aby lidsky dozrál*“ (Hanobik, Gurský in: Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 125).

Uspokojování potřeb osob umírajících je klíčem ke zvyšování kvality jejich života. Zvyšování kvality života umírajících je základní snahou celého multidisciplinárního hospicového týmu. Zdá se možná paradoxní mluvit na sklonku života o jeho kvalitě, ovšem přístup paliativní péče spočívá právě v hledání a vytváření situací, podporujících důstojnost klienta a ve vytěžení dobra tam, kde se často přirozeně nenachází (Kroftová, Terlandayová, Kopčková in: Hanobik a kol., 2012).

## 6 Paliativní péče

Oblast paliativní péče se v posledních letech těší zvýšené pozornosti ze strany odborníků, a to nejen zdravotníků, ale také pracovníků z oblasti sociální péče či psychologie, ale také ze strany laické veřejnosti. Jednou z hlavních příčin je zvýšený nárůst populace seniorského věku, tzv. stárnutí populace. Pokroky v medicíně a vyšší životní úroveň obyvatelstva přináší neustálé prodlužování délky života, což s sebou nese právě větší nárůst obyvatel vyššího věku. Je tedy třeba mít na mysli blaho, kvalitu života této velmi početné skupiny lidí.

Paliativní péče se nedá vztahovat pouze k nemocničním zařízením či zařízením jiného typu, jde spíše o určitou filosofii, která má zájem o vyšší kvalitu života osob s nevyléčitelným onemocněním a umírajících. Evidentní, v rámci paliativní péče, je interdisciplinární spolupráce, která zajišťuje oporu nemocnému i jeho rodině.

Na paliativní péči nelze nahlížet jako na něco zásadně odlišného od jiných přístupů v oblasti zdravotní a sociální péče. Naopak, její rozvoj by mohl mít pozitivní vliv na ostatní formy péče. Už jen tím, že upozorňuje na nedocené a neošetřované problémy, například pokud jde o bolest rázu duševního a spirituálního (Munzarová, 2005).

Dříve byla paliativní péče uplatňována téměř výhradně v terminálních fázích onemocnění. Dnes je patrné, že pacientům má co nabídnout i v mnohem dřívějších fázích onemocnění a to nejen onemocnění onkologických, se kterými je nejčastěji propojována. Nyní je terminální fáze její součástí, nikoliv však jedinou. Péče se vztahuje na všechny druhy onemocnění, všechny věkové kategorie a zaměřuje se pouze na individuální potřeby jedince.

Termín pochází z latinského *pallium*, který označuje masku, pokrytí, zakrytí pláštěm. Z tohoto termínu je možné usuzovat význam pojmu. Cílem paliativní péče je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoheno léčbou kurativní.

S uvedeným koresponduje i definice Světové zdravotnické organizace z roku 1990: „*Jedná se o aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní.*“

*Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny“ (WHO in: Munzarová, 2005, s. 62).*

Právě na kvalitu života z pohledu nemocného v období jeho nemoci a umírání jsou zaměřeny i další definice paliativní péče.

*„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“ (Sláma a kol., 2011, s. 25).*

Novější definice Světové zdravotnické organizace z roku 2002 klade větší důraz na prevenci utrpení, zmiňuje se také o rodině a nejbližších nemocného a nutnosti zaměření na jejich podporu:

*„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (WHO in: Munzarová, 2005, s. 62).*

Jako doplněk k definici paliativní péče stanovila Světová zdravotnická organizace tyto hlavní zásady, které charakterizují paliativní péči:

1. Poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů.
2. Pro klienta těžce nemocného a umírajícího je nezbytná dostupnost zdravotní péče, která tvoří základní pilíř paliativní péče. Pro to, aby klient mohl poslední měsíce, dny žít co nejkvalitněji, je nezbytné tišení bolesti. Zcela nutná je dostupnost tišících léků, mnohdy nechybí silné dávky opioidů. Metody modifikující nemoc mohou též významně ovlivnit zmírnění symptomů a měly by být dostupné dle potřeby.
3. Podporuje život, avšak pohlíží na smrt jako na přirozený proces.
4. Na klienty paliativní péče nesmí být nahlíženo jako na „neúspěch medicíny.“ Zdravotní péče zde hraje velkou roli, nedozírný význam však má i rehabilitace fyzického, psychického a duchovního blaha.
5. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.

6. V žádné definici paliativní péče není zahrnuta eutanazie ani asistovaná sebevražda. Tato témata jsou v literatuře hojně rozebírána, paliativní péče však nemá za cíl předčasné ukončení života. Stejně tak jeho nepřirozené prodlužování, které znamená pro pacienta přílišnou zátěž, není předmětem zájmu této péče. Lékař může ukončit léčbu, pokud si je jist, že již nikam nevede. Stejně pacient může kdykoliv léčbu odmítnout.

U této zásady je zajímavé porovnání s definicí paliativní péče O. Slámy (2011), který hovoří o jednom z cílů péče, jakým je „*úsilí o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný*“ (Sláma, 2011, s. 25). Z definice je patrné, že se jedná o pohled okem odborníka z oboru lékařství, který se projevuje stále ještě velkou tendencí za každou cenu klienta vyléčit, zařídit, aby nezemřel.

7. Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
8. Lidská bytost není pouze biologická jednotka, proto pouze lékařská péče nestačí. Je však nezpochybnitelně základním prvkem paliativní péče.
9. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.
10. Klient si sám stanovuje cíle a aktivity, okolní personál a nejbližší okruh lidí se jen snaží mu v dosažení cílů vypomoci.
11. Klientovy priority se mohou velmi rychle měnit.
12. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou klienta a se svým vlastním zármutkem.  
Objektem paliativní péče je celý okruh rodiny. Péče, která se týká období zármutku, je započata již před smrtí jedince.
13. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno.
14. O klienta paliativní péče se stará vždy tým odborníků, který se neskládá pouze z lékaře, sester, sociálních pracovníků, ale i dalších důležitých osob dle potřeb klienta. Pro úspěšnou spolupráci mezi těmito odborníky i rodinou jsou nutné rychlé a efektivní prostředky komunikace. Zásadní jsou společně stanovené cíle.
15. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.

Kvalitou života není zde rozuměna pouze fyzická pohoda a funkční schopnost, jde o něco, co může definovat vždy jen klient sám a co se velmi rychle mění.

16. Je použitelná v raném stádiu nemoci s řadou dalších terapií, jejichž cílem je prodloužení života (například chemoterapie, radioterapie apod.) a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení tíživých klinických komplikací.

Původně byla paliativní péče spojována s klienty, kteří onemocněli rakovinou a jejich stav byl velmi vážný, ve stádiu krátce před smrtí. V současné době je obecně uznáváno, že paliativní péče je prospěšná již v daleko dřívějších fázích onemocnění. Minimálně od chvíle, kdy se jedná o pokročilé stádium nemoci a zhoršení nemoci není možné se vyhnout. To s sebou nese kompletní propojení paliativní péče se zdravotnickými službami (Doporučení Rady Evropy, 2003).

O. Sláma a kol. (2011) k základním principům paliativní péče dodávají ještě následující, rovněž neopomenutelné:

17. Respektuje a chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných.

18. Vychází důsledně z přání a potřeb klienta a respektuje jeho hodnotové priority.

19. Snaží se vytvořit podmínky, aby klient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí.

V laické, ale mnohdy i odborné, veřejnosti se často jako synonymum označuje paliativní péče a hospicová péče. Rozhodně však hospicová péče není totéž co paliativní. Hospicová péče je poskytována v hospicích, tedy v zařízeních, která poskytují paliativní péči, tu by však stejně kvalitně měla být schopna zabezpečit o jiná zařízení, například nemocnice.

Tato nutnost vyplývá z Doporučení rady Evropy z roku 2003. Ze stejného dokumentu plynou i další závazky členských států ohledně paliativní péče:

-Přijetí politických, legislativních i jiných opatření nezbytných k vytvoření jednotného a komplexního národního rámce pro paliativní péči.

-Podpora vytváření mezinárodních sítí organizací, výzkumných a dalších institucí činných v oblasti paliativní péče.

-Podpora příslušných vzdělávacích programů v oblasti paliativní péče, které budou začleněny do všech zdravotnických profesí.

-Přístup k paliativní péči by měl být založen na potřebě a neměl by být ovlivněn druhem nemoci, zeměpisnou polohou, socioekonomickým postavením ani jinými podobnými faktory.

-Akutní problémy, které vyžadují zákrok, by měly být léčeny jen, pokud si to klient přeje.

Výbor ministrů rady Evropy rovněž provedl rozdělení paliativní péče na obecnou a specializovanou a to podle míry komplexnosti péče. Rozdělení provedl již v roce 1999, tím vyzval státy k tomu, aby všechna zařízení (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, zařízení pro seniory a jiná) byla schopna poskytovat obecnou paliativní péči a aby byla zřizována zařízení specializované paliativní péče, kterými mohou být právě například hospice.

## **6.1 Obecná paliativní péče**

Jedná se o paliativní péči, kterou by mělo být schopno poskytnout každé zdravotnické zařízení. Zahrnuje včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové péče, jaká je důležitá pro kvalitu klientova života. Neoddělitelnou součástí takové péče je respekt k pacientovi, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům a na místa specializované paliativní péče (Standardy hospicové paliativní péče, 2006 in: Marková, 2010).

## **6.2 Specializovaná paliativní péče**

Paliativní péče je poskytována ve specializovaných zařízeních a je zde považována za hlavní činnost. Zařízení specializované paliativní péče disponují vyškoleným personálem s vyšší úrovní profesní kvalifikace a počet zaměstnanců je vyšší vzhledem k počtu klientů. Služby těchto zařízení jsou pro klienta dostupné, ať je doma či v zařízení samotném.

Rovněž důležitou roli tato stanoviště hrají v proškolení a podpoře ostatních zdravotníků, kteří nemají v souvislosti s paliativní péčí takové zkušenosti (Standardy hospicové paliativní péče, 2006 in: Marková, 2010).

Mezi zařízení specializované paliativní péče patří:

- oddělení paliativní péče například při nemocnicích

- domácí hospice= mobilní paliativní péče

- lůžkové hospice

- konziliární týmy paliativní péče

- ambulance paliativní péče

- denní stacionáře

- zvláštní zařízení paliativní péče (například poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek apod.) (Marková, 2010).

### 6.3 Tým paliativní péče

Paliativní péče je otázkou interdisciplinární spolupráce odborníků. Ať se jedná o paliativní péči ve specializovaných zařízeních či v domácím prostředí, vždy je nutný soulad, komunikace a pravidelná spolupráce osob, které o klienta pečují.

V první řadě je důležitá práce **zdravotního personálu**. Mluvíme zde zejména o ošetrovatelské péči zdravotních sester a pravidelných kontrolách lékařem. Tým zdravotníků hlídá jedincův zdravotní stav a upravuje léčebné postupy v závislosti na progresivitě onemocnění a rozvoji bolesti. Při domácí paliativní péči, zdravotní sestry pravidelně dojíždí za klientem a jsou rodině či pečujícím osobám telefonicky k dispozici nepřetržitě.

Zdravotnický personál vhodně doplňují **pracovníci sociálních služeb**, zejména pak **sociální pracovník**. Je to právě on, kdo domlouvá a upřesňuje s klientem, jeho rodinou, služby paliativní péče. Je jakýmsi mostem mezi službou paliativní péče a klientem, jeho rodinou. Sociální pracovník by měl doplňovat službu zdravotního personálu. Znamená to, že se zajímá například o aktivizaci klientů, která je nad limity zdravotníků.



Ti pečují o zdravotní stav klienta a mnohdy jim nezbývá příliš mnoho času na aktivizační činnosti. Právě toto může být oblast působení sociálního pracovníka, který zajišťuje pro klienty paliativní péče i jejich rodiny nejrůznější společné aktivity, setkání, přednášky, konzultace s dalšími odborníky apod. Dochází za klienty samotnými a zjišťuje jejich potřeby, dle kterých se dále služba odvíjí.

Ku pomoci může být sociálnímu pracovníkovi také **terapeut**, který část aktivizačních činností přejímá. Jednat se může o terapeuta, který zajišťuje obecně fyzioterapii, řečovou terapii, nebo terapie podpůrné, expresivní (například arteterapie, muzikoterapie apod.). V takovém případě si terapeut vytipovává jednotlivé klienty a za nimi přichází s nabídkou aktivizačních činností v rámci terapií.

V mnoha zařízeních paliativní péče fungují služby **psychologa**, který pracuje nejen s klienty, rovněž nabízí služby rodině a pozůstalým. Pomáhá zvládat náročnou životní situaci spojenou s koncem života a umíráním. Péče psychologa a zdravotního personálu je úzce propojena. Psycholog často konzultuje stav pacienta se samotným lékařem. Spojuje se tak péče o tělo i duši.

Nezpochybnitelně důležitou roli, v rámci paliativní péče, mají **dobrovolníci**. Původně je samotná paliativní péče založena na pouhém dobrovolnictví, na touze člověka pomoci druhému v dobách umírání, strachu a bolesti. Dobrovolníci jsou stále důležitou součástí týmu paliativní péče. Dochází za klienty do zařízení paliativní péče, nebo si domlouvají schůzky přímo v domovech klientů. Doprovází umírající, zastupují rodinu a nejbližší ve chvílích, kdy si potřebují v péči odpočinout. Tráví s klientem dobrovolně čas, věnují se mu, aktivity zakládají na potřebách a přáních klientů. Mohou si s klientem povídat, předčítat mu, zpívat si s ním, tvořit, chodit na procházky a konat spousty dalších záslužných aktivit. V paliativní péči patří dobrovolníkům velké díky.

K paliativní péči patří rovněž **duchovní představitelé**, na ně se v posledních dnech života obrací nejen lidé věřící. Poskytují klientům paliativní péče útěchu, jistotu, naději.

Součástí týmu je samozřejmě **rodina** klienta, která má právo ho doprovázet po celou dobu a kdekoliv. Zařízení hospicové péče například nabízejí i pobyt rodinných příslušníků přímo na pokoji klienta (Connor, 2009).

V období posledních dnů života je člověk více či méně závislý na své rodině a okolí, které o něho pečuje. Potřebuje mít kolem sebe tým odborníků, kteří s ním kráčí po jeho cestě. Společně doprovází klienta ve chvílích umírání. Tím práce týmu paliativní péče ovšem nekončí. Jejich pomoc může dále vyhledat rodina, všichni pozůstalí. To je koloběh paliativní péče tak, jak označuje následující schéma:

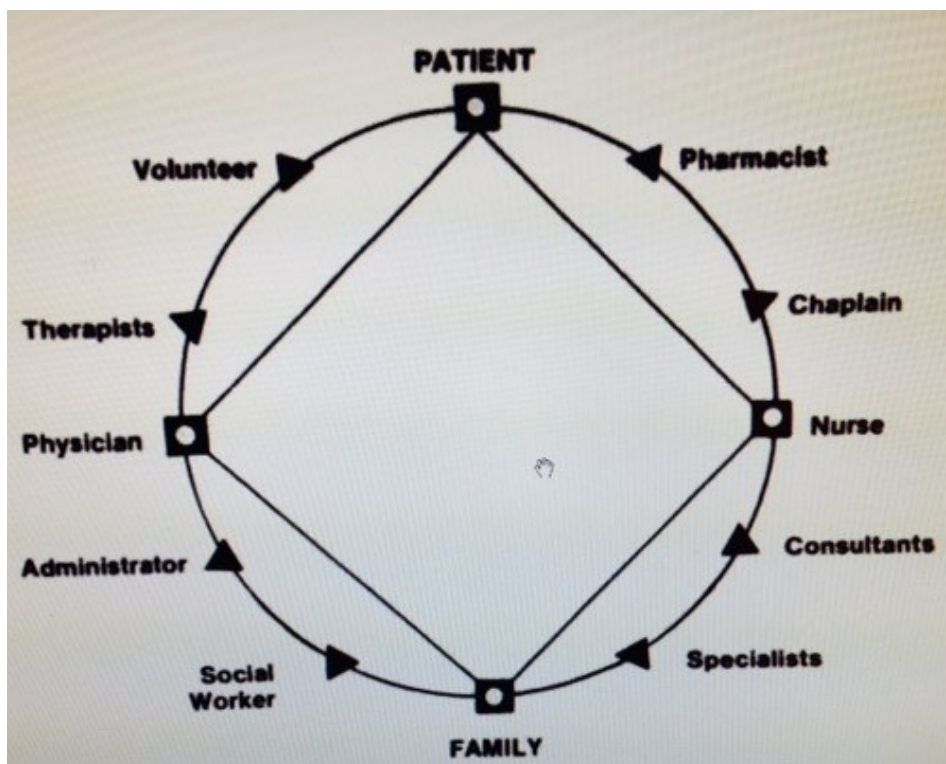
Obrázek č. 1 (koncepční rámec paliativní péče)



(Davidson, 1985, s. 82)

Podrobně popisné je schéma, které navazuje na text kapitoly o interdisciplinárním týmu v paliativní péči, a které ještě podrobněji představuje osoby, které pečují o umírajícího.

Obrázek č. 2 (interdisciplinární tým paliativní péče)



(Davidson, 1985, s. 76)

Obrázek č. 3 (členové interdisciplinárního týmu paliativní péče)

<b>Position</b>	<b>Area of responsibility</b>
<b>Administrator</b>	Provides executive institutional and budgetary support.
<b>Art and music therapists</b>	Help patients structure their time by providing creative, relaxing and diversional activities.
<b>Business office representative</b>	Presents financial obligations and possible assistance to patients and families.
<b>Chaplain</b>	Encourages patients and families to utilize religious resources and to seek a personally satisfying meaning for their illnesses.
<b>Family</b>	Provides patient with basic orientation, care and support.
<b>Home care coordinator</b>	Teaches family how to care for patient at home.
<b>Nurse</b>	Coordinates patient and family care and education; utilizes other team members; gives physical and psychosocial care; monitors medications.
<b>Nurse clinical specialist</b>	Conducts education in dying and death and provides role model for working with the terminally ill and family.
<b>Nutritionist</b>	Teaches patients, families and team members to give the best possible nutritional support to patients in accordance with their food preferences and disease limitations.
<b>Occupational therapist</b>	Assists patients with reorientation and creative fine motor dexterity.
<b>Patient</b>	Insofar as possible, participates in self care and decision making.
<b>Pharmacist</b>	Recommends pain and symptom control medications for patients and educates team concerning their use.
<b>Physical therapist</b>	Assists patient with gross motor skills and mobility.
<b>Physician</b>	Oversees complete palliative medical care of patients and education of patients and family, writes medical orders, and coordinates physician coverage.
<b>Social worker</b>	Assesses emotional, cultural, environmental and financial factors; offers supportive counseling; facilitates communication in families and between them and others, along with enabling the use of private and public helping agencies.
<b>Volunteer</b>	Offers companionship and emotional support to patients and families during the dying process and to families after death. Assists with tasks of daily living.

(Davidson, 1985, s. 77)

## 6.4 Místa poskytování paliativní péče

### 6.4.1 Domácí paliativní péče

Výzkumy zaměřené na představu „dobré smrti“ ukázaly, že většina lidí si přeje zemřít doma. Pro domácí péči musí být splněny následující podmínky:

- Rodina, alespoň jeden její člen, musí být ochoten a schopen převzít péči o těžce nemocného, umírajícího, který často vyžaduje i celodenní péči.
- Nemocný musí s touto formou péče souhlasit.
- Neustále musí být k dispozici tým odborníků, který je schopen kdykoliv pečujícímu pomoci (Marková, 2010).

Z osobní zkušenosti vím, že je velmi těžké sehnat pečovatelskou službu, která by byla schopna zajistit celodenní péči o nemocného a pomoci tak pečujícímu. Myšlenka domácích hospiců je zatím u nás nová, mnoho praktických lékařů ji nepodporuje, rodiny jen málokdy ví, na koho se obrátit o pomoc a kontakt. Situace se jim proto zdá beznadějná, a tak se stává, že i lidé, kteří by si moc přáli zemřít doma, nakonec umírají v cizím prostředí různých zařízení.

Přitom domácí hospic je ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Jedná se o multidisciplinární péči, kde tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci. Poskytují péči rodinám, které se rozhodli pečovat o nemocného člena. Je chvályhodné, jaké situace spojené s koncem života, dokážou tyto týmy řešit v domácím prostředí ke spokojenosti nemocného.

#### **6.4.2 Paliativní péče v nemocnicích**

Kvalita paliativní péče, která je poskytována v nemocnicích, závisí na několika faktorech. Ne v každém zařízení je možné vytvořit vhodné podmínky pro paliativní péči. Velkým kamenem úrazu bývají počty, zejména nelékařského, personálu. Myslím tím zdravotní sestry, zdravotnické asistenty a ošetřovatele. Pro to, aby kvalita péče byla co nejvyšší, je nezbytností schopnost týmu identifikovat potřebu paliativního přístupu, tzn. včas rozpoznat, kdy kurativní postupy léčby již nemohou nemocnému prospět. Ruku v ruce s touto schopností jde kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a paliativní péči. Samozřejmostí je také dobré fungování celého týmu, který se skládá z odborníků hned několika oborů. Tito odborníci spolu konzultují stav pacienta a další možné postupy v celkové péči. Formální i neformální komunikace uvnitř tohoto týmu proto musí fungovat bez problémů (Marková, 2010).

Nezbytností pro zajištění kvalitní paliativní péče je také otevřenost daného nemocničního oddělení pro „civilní“ personál, tj. pro rodinné příslušníky a dobrovolníky.

V nemocnicích stále ještě umírá převážná většina lidí, proto se zajisté vyplácí vytvářet vhodné podmínky pro paliativní péči. Podle zdrojů České společnosti paliativní medicíny k roku 2013 umírá v České republice každým rokem zhruba 105 000 lidí, z toho 25% na zhoubné nádory, 50% na onemocnění oběhové soustavy (kardiovaskulární), zbylých 25% představují onemocnění plic, jater, ledvin, otravy a úrazy. Většina nemocných tedy před svou smrtí tráví poslední měsíce, dny v nemocnici. Podobně jako v ostatních evropských zemích, i u nás poté umírá celých 60% nemocných v nemocnicích, 9% v nemocnicích dlouhodobé péče. Pro srovnání na domácí prostředí připadá zhruba 20% úmrtí. Z tohoto počtu však připadá pouze 5-10% na domácí úmrtí plánované. Zbylá procenta se týkají úmrtí osob doma před příjezdem rychlé záchranné služby, tedy nečekaných úmrtí (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

Ve většině nemocničních oddělení je pozornost soustředěna na pacienta a jeho perspektivu vyléčení nemoci, proto je velmi složité vytvořit dobré podmínky i pro pacienty umírající. Jednou z možností zavedení kvalitní paliativní péče v nemocnici je vytvoření paliativního týmu odborníků, který napříč všemi odděleními poskytuje konziliární a faktickou péči o umírající. Takový tým odborníků se zaměřuje především na sociální, psychologické, spirituální potřeby klienta. Komunikuje s rodinou klienta a rovněž jí poskytují odbornou pomoc. Jsou proškoleni v paliativních přístupech. Zároveň členové týmu působí jako podpora ostatnímu personálu, který by mohl péči o „neperspektivní“ pacienty považovat za nesmyslnou a příliš vyčerpávající (Marková, 2010).

Podle Informačního seznamu hospiců byl první nemocniční tým paliativní péče ustanoven již v roce 1977 v Nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Pro zajímavost v roce 2002 bylo ve Velké Británii už 221 nemocničních podpůrných týmů. Oproti tomu v USA jen 15% nemocnic uvádí k roku 2001 nějaké služby na konci života a jen 36% uvádí služby zvládání bolesti (Payne, 2007).



V České republice v roce 2013 působí oproti tomu 90 ambulancí léčby bolesti, vedených lékaři s atestací paliativní medicíny, celkovou paliativní péčí se však nezabývají. Ve dvou onkologických centrech (Brno, Hradec Králové) působí ambulance paliativní onkologie, vedená specialisty na paliativní medicínu, kteří poskytují ambulantní paliativní péči. A rovněž ve dvou zdravotnických zařízeních působí dvě kompletní oddělení paliativní péče, v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a v Krajské nemocnici Jihlava. Jedná se o poměrně veliký pokrok, když vezmeme v úvahu, že paliativní péče, jako specifický multiprofesní přístup a model péče o nevyléčitelně nemocné, se v České republice začíná rozvíjet až po roce 1989 a to především formou hospicových zařízení, která jsou samostatnými jednotkami v rámci této péče, nejsou součástí jiného zdravotnického zařízení, například nemocnice (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

#### **6.4.3 Paliativní péče v ošetrovatelských a pečovatelských domovech**

Do této kategorie zařízení můžeme zařadit například domovy pro seniory či léčebny dlouhodobě nemocných. Obecně nejsou zařízení tohoto typu dostatečně připravena na úmrtí klientů, a tak jen výjimečně zajišťují kvalitní paliativní péči. V zařízeních zdravotní a sociální (nejčastěji právě pobytových zařízeních pro seniory) je lékařská péče většinou zajišťována praktickými lékaři. Praktičtí lékaři obecně nejsou dostatečně vzdělávání v paliativní péči. Nejsou schopni vést a koordinovat péči o nemocného v závěru jeho života (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

Proto dochází k situaci, kdy klienti v posledních fázích svého života jsou často přemísťováni z pobytových zařízení do nemocnic či lůžkových hospiců.

Dobrou praxí jsou lůžka určená pro terminální péči v rámci ošetrovatelských domovů, která fungují ve Velké Británii. Tyto jednotky tvoří pět až deset jednolůžkových pokojů, do kterých jsou přemísťováni umírající lidé. O klienty se poté stará multidisciplinární tým odborníků z řad ošetrovatelů, pečujících, lékařů ošetrovatelského domu, sociálních pracovníků, psychologů, dobrovolníků, fyzioterapeutů, pracovních terapeutů, pastoračních pracovníků apod.

Kvalitu paliativní péče v pečovatelských a ošetrovatelských domovech určují vnější i vnitřní faktory.

Nejdůležitějšími vnitřními faktory, jsou kvalita personálu, jeho různorodé dovednosti a jeho ochota o umírající klienty pečovat. Nedostačující je většinou počet pečujícího personálu, který je omezen zejména v nočních hodinách, kdy službu drží jen omezené množství personálu. Vnější faktorem, který ovlivňuje kvalitu péče v posledních dnech života klientů, je také umístění domova, tedy jeho dostupnost rodinným příslušníkům umírajícího (Payne, 2007).

#### **6.4.4 Paliativní péče v hospicích**

Hospice se řadí mezi zdravotně sociální zařízení, což znamená, že kromě zdravotnických služeb poskytují i péči sociální, sociální poradenství. Jejich služby mohou využívat nemocní a umírající, rovněž však jejich rodiny a všichni pozůstalí, které smrt jejich nejbližšího zasáhla. Hlavním posláním hospiců je péče o umírající, snaha o zajištění dobrého umírání všem klientům. Není však pravdou, že každý hospitalizovaný v hospici umírá, zhruba třetina klientů se vrací, po upravení léčby, do domácího prostředí (Marková, 2010).

*„Hospice zajišťují skutečně důstojnou smrt. Jejich cílem jepomoci nemocným a jejich rodinám: všemožně usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se s bolestnou ztrátou blízkého člověka. Jedná se o takovou péči, která se snaží vnímat a ošetřovat všechny vzájemně provázané a neoddělitelné dimenze člověka: fyzickou, psychickou, spirituální a sociální. Cílem hospice není ani vyléčení choroby, kterou již vyléčit nelze, ani oddalování smrti za cenu prodlužování utrpení, ale ani urychlení smrti, které by bylo nejen v rozporu s lékařskou, a ostatně i všeobecnou mravností, nýbrž i s lidskou přirozeností“* (Munzarová, 2005, s. 49).

##### **6.4.4.1 Vznik a vývoj hospicové péče**

Slovo hospic pochází z angličtiny a znamená útulek nebo útočiště. Hospice (hospitium-hospitia) existovaly již za Římské říše a ve Středověku. Právě ve Středověku měly funkci domu odpočinku, kam se uchýlovali znavení poutníci, kteří mířili ke svatému hrobu v Palestině. V hospici se poutníci zdrželi několik dní, načerpali sílu a znovu vyrazili na cestu. V prostorách hospiců nacházeli bio-psycho-sociální a spirituální komfort.



V hospicích se rovněž scházely těhotné ženy, které na cestě, kterou putovaly, využily prostředí klidu, kde mohly porodit. Nemocní se v hospicích buď jen pozdravili a kráčeli dál, nebo zde mohli v poklidu zemřít.

Nejznámější hospic založil svatý Bernard z Menthonu v roce 1049 v Alpách ve výšce 2188 metrů (Munzarová, 2005).

Později začaly hospice zanikat, jejich myšlenka se šířila jen velmi pomalu a rozmohla se až v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu otevřena nemocnice pro umírající.

Znovu teprve až v roce 1967 skutečně započalo moderní hnutí pro obnovu hospiců. Bylo tomu tak v Londýně, díky práci Dr. Cecilie Saundersové, která založila Hospic sv. Kryštofa (Saunders, 1999 in: Munzarová, 2005).

Nemocným se zde dostalo nejen pomoci fyzického rázu, rovněž v prostorách hospice nacházeli místo pro řešení konfliktů, nesrovnalostí se svými blízkými. Mohli řešit citové a duchovní problémy, a tedy zbavovat se nejen bolestí tělesných, ale veškerého jiného utrpení (Munzarová, 2005).

Ve světě v současné době funguje přes 2000 hospiců.

V České republice byl pojem hospic před rokem 1989 pojmem neznámým, od března 1990 však již začala při pražské Charitě pracovat skupina zdravotních sester v domácí péči. Jejich činnost byla zlegalizována a na mnoha místech v České republice začala vznikat střediska Charitní ošetrovatelské služby, která pomáhala zejména klientům s nevyléčitelnou nemocí. Péče přestala stačit požadavkům klientů, a tak Marie Svatošová navrhla postavit lůžkovou formu hospicové péče. 8. 12. 1995 byl otevřen první hospic v České republice- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Ulrichová, 2009).

Hospicovou péči lze zajišťovat doma, což je nejideálnější způsob, není však vždy možná a dostačující. Nemocný může být rovněž z vlastního domu převážen na část dne do hospice (stacionární hospicová péče), pokud mu jeho zdravotní stav dovolí samotný převoz (Munzarová, 2005). Pobytovou formu zajišťují lůžkové hospice, kde má zpravidla klient vlastní pokoj a s ním mohou, v některých případech, v hospici pobývat i rodinní příslušníci (a to i přes noc).

Na Slovensku sahají počátky paliativní péče, jak ji známe v současné době, do roku 1989. Jedním z prvních hospiců na Slovensku je Hospic v Martine, který vznikl jako občanské sdružení. V roce 2000 vznikla na Slovensku Asociace hospicové péče, pod kterou nyní spadá většina, z více jak čtyřiceti zařízení hospicové péče. První hospic, který začal poskytovat lůžkovou péči, byl vystaven v roce 2002 v Košicích, jedná se o Hospic Matky Terezy (Andrejiová, Magurová in: Laca, Dancák, Laca, 2011).

#### **6.4.4.2 Formy hospicové péče**

Nejprve nutno podotknout, že u všech forem hospicové péče je vždy nezbytný nedirektivní přístup, respektující vůli pacienta a ponechávající pacientovi potřebný pocit, že má věci pod kontrolou (Stáhalová, 2010).

##### **1. Domácí hospicová péče laická**

Péči umírajícímu poskytuje člen rodiny, dobrovolník či příbuzný a je poskytována tehdy, pokud to podmínky a zdravotní stav nemocného dovoluje bez ohrožení či snížení kvality života umírajícího nebo jeho blízkých. V domácím prostředí tak nemocný mnohdy lépe překonává poslední období života.

##### **2. Domácí hospicová péče odborná**

V tomto případě jde o kombinaci laické pomoci, kterou poskytuje blízký člen rodiny, dobrovolník či příbuzný a pomoci odborné (zdravotní, sociální). Péče je poskytována v domácím prostředí, kam za nemocným dojíždí multidisciplinární tým odborníků. Jedná se o lékaře, sestry, rehabilitačního či sociálního pracovníka, psychologa, duchovního. Taková odborná pomoc je dostupná dennodenně dle potřeb klienta.

##### **3. Stacionární hospicová péče**

Pacient do prostředí hospice přijíždí ráno a v odpoledních hodinách se vrací domů. Doprava je zajišťována buď rodinou, nebo samotným hospicem. Často je využívána jen po dobu nezbytně nutnou, protože je pro samotného klienta velmi náročná. Většinou je uskutečňována za účelem sestavení dávek tisících léků, které jsou poté už podávány doma. Jiným důvodem může být kontakt nemocného s ostatními klienty hospice. Službu je možné využít i v případě přetížení členů rodiny za účelem odpočinku.

#### 4. Lůžková hospicová péče

Klient pobývá v zařízení hospice buď sám, nebo s rodinným příslušníkem. Návštěvy jsou možné nepřetržitě. Od příbuzných se neočekává, že budou klienta ošetřovat, míra jejich zapojení je čistě jen na nich samotných. Ani klient sám není do ničeho nucen a není mu ani nic zakazováno. Režim v hospici se výrazně liší od režimu v nemocnici. Každý den sice probíhají lékařské vizity, ovšem klient si sám určuje zbylý průběh dne. Jsou mu nabízeny nejrozličnější volnočasové aktivity, terapie, které klient může a nemusí využít (Ulrichová, 2009).

Pokoje hospice s hospitalizačním zaopatřením jsou navrhovány s ohledem na klienty. Tak, aby se personál dobře dostal ze všech stran ke klientovi, zároveň, aby prostředí, ve kterém umírá, bylo důstojné, domácky útulné. Pokoje si smějí klienti vyzdobit podle svých představ.

Jak již bylo řečeno, hospice poskytují k obvyklým hospitalizačním službám i řadu dalších služeb, například služby denní péče, doplňkové terapie a péči o pozůstalé. Mezi aktivity denní péče patří i podněcování a povzbuzování pacientů, aby se účastnili relaxace a jiných terapií (Payne, 2007).

##### **6.4.4.3 Kdo je do hospice přijímán**

Původně byly služby hospicové a paliativní péče zaměřeny téměř výhradně na pokrývání potřeb lidí umírajících na rakovinu. Tato cílová skupina nemocných je v mnoha hospicích zachována dodnes. Je tomu tak zejména proto, že právě u onemocnění rakovinou lze téměř zcela jednoznačně určit, kdy již nestačí klientovi kurativní léčba. Mnoho hospiců má vlastní nadace, ty výslovně stanovují cílovou skupinu klientů, kterým jsou služby poskytovány, proto je zpravidla těžké obejít toto zaměření a přijmout klienta, který trpí jinou chorobou a rovněž potřebuje služby hospicové péče. Například ve Velké Británii v roce 2000 měla ze 40 000 pacientů, přijatých do hospiců, jen 4% jinou diagnózu než je rakovina. Těmito diagnózami byly HIV, AIDS, neuromotorická onemocnění, choroby srdce a cév a mrtvice.

Z jiného výzkumu, který ve Velké Británii provedl Clark a Seymour v roce 1999, vyplynulo, že 65% pacientů hospiců je starších 65 let, ženy a muži jsou zastoupeni rovnoměrně (Payne, 2004).

Pro přijetí do hospice je nutný informovaný souhlas klienta a přání být přijat do hospice. Informovaný souhlas v písemné podobě chrání nejen lékaře před různými právními spory, ale může ochránit i ostatní pracovníky hospice před příbuznými pacienta, kteří mohou mít představu, že nemocný se v hospici zázračně zcela uzdraví.

Někteří klienti nechtějí strávit zbytek svého života v hospici, protože mezi veřejností může být rozšířen názor, že do hospiců se chodí jen zemřít. Není tomu tak. V 60% klient opravdu v hospici dožije, v ostatních případech se však po upravení zdravotního stavu klient vrací do domácího prostředí (Ulrichová, 2009).

Obecně pro přijetí do hospice je indikován pacient:

- kterého jeho postupující choroba ohrožuje na životě,
- který potřebuje paliativní léčbu a péči a současně není nutná hospitalizace v nemocnici,
- u kterého není možná nebo nestačí domácí péče,
- který se svobodně pro tuto volbu rozhodne (Haškovcová, 2007).

## 7 Podpůrné terapie a stimulace v rámci speciální pedagogiky

Pokud se rozhodneme v literatuře, na internetových stránkách či v jiných zdrojích hledat slovo terapie, objevíme tisíce odkazů na nejrůznější formy terapeutických systémů. Všechny by však měly mít stejný cíl, kterým je pomoc člověku, který to potřebuje. Mezi řadou odborných a léty ověřených přístupů a metod, nalezneme rovněž terapie nové, zcela alternativní. Ze široké škály terapií pak můžeme vybírat přes muzikoterapii, arteterapii, biblioterapii, nejrůznější animoterapie až po méně využívané druhy terapií (například filmové terapie apod.). Na první pohled je velmi obtížné se v nabídce přístupů, terapií a stimulací orientovat. Ve své práci se zaměřím především na terapie a stimulace, které patří mezi nejčastěji využívané v praxi speciálních pedagogů. Konkrétně se budu zajímat o expresivní terapie, mezi které spadá muzikoterapie, arteterapie a biblioterapie. Dále se zaměřím na využívání Bazální stimulace a souvisejícího konceptu Snoezelenu. Prozkoumávat lze i nepřeberné množství dalších podpůrných terapií. Cílem práce je však zjistit možnosti využívání podpůrných terapií, které jsou aplikovány v rámci speciální pedagogiky a vychází z ní. Myslím tedy, že je zpočátku důležité zaměřit se právě na tyto, nejčastěji využívané, známé podpůrné terapie, popřípadě od nich dále rozvíjet další možnosti rozšiřování nabídky denních aktivit pro klienty hospicové péče.

*„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně například v prožívání, v chování, ve fyzickém výkonu“ (Müller /ed./, 2014, s. 18).*

Nejčastějším českým ekvivalentem slova terapie je léčba. Zdaleka však nemusí být výklad tohoto slova tak jednoznačný. Slovo *therapeuo* (z řečtiny) znamená rovněž uctívat, obsluhovat, pečovat. Na terapii je nahlíženo různými pohledy rovněž podle jednotlivých oborů. Slovníky medicíny se uchylují k prostému překladu, které označuje „léčení.“ (Vokurka, Hugo, 2006 in: Zíkl, 2014). Slovník sociální práce (Matoušek, 2003, s. 240) odhaluje následující definici: *„Jedná se o léčbu, léčebný program, jehož cílem je zmírnění či odstranění nežádoucího stavu jedince nebo rodiny.“*

V oboru speciální pedagogiky Vašek (Vašek a kol., 1995, s. 226) definuje terapii jako: „*Činnost, zaměřenou na obnovení nebo zlepšení homeostázy, na uzdravení nebo alespoň zmírnění onemocnění a na odstranění narušené rovnováhy mezi organismem a prostředím.*“

Odborník ze stejného oboru Slowík(2007, s. 54) nahlíží na terapii jako na „*každý odborný postup, který pomáhá dosahovat výchovných a vzdělávacích cílů a současně má také léčebný efekt.*“ Taková definice, ve které hraje hlavní roli výchova a vzdělávání, koresponduje s faktem, že zejména expresivní terapie se začaly nejprve rozvíjet jako prostředek pro rozvoj dítěte a mladistvého. Teprve později se postupně začaly rozšiřovat do oblasti andragogiky a nyní se pomalu prolínají i do péče o seniory.

Úspěšnost každé terapie závisí na několika faktorech. Jedním z nejdůležitějších je adekvátní, individuální přístup ke klientovi a rozpoznání jeho problémů. Přístupy k problémům klienta se pak dají rozdělit následovně:

- kauzální (hledání příčin a souvislostí v klientově případě),
- interdisciplinární (spolupráce odborníků),
- systémový (problém neexistuje izolovaně, ale jako součást systému),
- sociointegrační (poznávání klienta v jeho sociokulturním prostředí),
- individuální (respektování klientovy osobnosti),
- finální (stanovení cílů a postupů k nim),
- aktivizující (nabídka přitažlivých podnětů a činností)

(Slowík, 2007, s. 54).

Důležitým specifickým kvalitním a skutečně odborným aspektem terapie je také expertní připravenost personálu, který terapii vede. Takový jedinec by měl mít patřičné vzdělání a osobnostní předpoklady. Může se jednat například o absolventa dlouhodobého výcviku a následné praxe pod supervizí, přičemž podmínky pro vzdělání se u jednotlivých terapií liší (Müller /ed./, 2014).

Pro veškeré terapie vždy platí, že:

- probíhají v určitém **prostředí** a v určitém **čase**,
- mají určitou **organizační formu** (například individuální, skupinovou, rodinnou, párovou atp.),
- odpovídají určité **orientaci** a odborné i osobnostní **vybavenosti terapeuta** (terapeutický přístup, prostředky práce, které vychází ze vzdělání, výcviku, zkušeností),
- závisí na **věku, etiologii potíží a symptomech** klienta,
- mohou být prvotně zaměřeny na **somatické**, nebo naopak na **psychické změny** u klienta,
- bývají zacíleny **léčivě**, ale také **preventivně a rehabilitačně** (Müller /ed./, 2014, s. 19).

## 7.1 Muzikoterapie

*Hudba je lék na duši a tělo člověka. Má své terapeutické prostředky. Tím nejdůležitějším je lidský hlas. Kouzlo hlasu lidského!*

*Chvěje se pod přímým tlukotem srdce a zastavuje se tlakem vůle. V sladké melodii se rozzví, když se lichotí, hrdě své motivy vypne, když odpuzuje.*

*Ztichne údivem do šepotu, když duše se poznávají, zaniká slzou a smíchem “*

*(Černohorská, 1966, s. 23).*

Nejstarší svědectví o terapeutickém využití hudby pochází ze 4. tisíciletí před naším letopočtem. Hudba byla skutečně využívána již při léčebných obřadech dávných přírodních národů.

Ve vývoji člověka hraje důležitou roli akustické propojení mezi matkou a dítětem již v době těhotenství. Později tento vztah v komunikaci hraje rozhodující roli při osvojování si lidské řeči. Řeč zprostředkovává informace, hudba zejména informace emocionální.

Definovat muzikoterapii není lehké, protože po druhé světové válce se tato terapie vyvinula z několika na sobě nezávislých oborů. Jednalo se o medicínu, klinickou psychologii, pedagogiku a speciální pedagogiku (Vítková, Pipeková /ed./, 2001).

Z dnešního pohledu odborníci na muzikoterapii pohlíží spíše jako na jednu z větví psychoterapie.

*„Jedná se o velmi účinnou metodu při léčbě různých psychosomatických potíží, komunikačních problémů, poruch spánku. Ve formě zvukoterapie a imaginace přispívá k podpoře pozitivního myšlení, mění pohled na svět“ (Stejskalová, 2012, s. 37).*

Obor muzikoterapie prochází velmi rychlým rozvojem a jedná se o oblast interkulturní heterogenity a vnitřní rozmanitosti. To vše přispívá k velkému množství definic, ve kterých je čím dál složitější se orientovat. Nyní uvedeme definici Světové federace muzikoterapie: *„Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických nebo vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu“ (WFMT, 2011).*

Koneckonců, jak udává Oldřich Müller, muzikoterapii ani není nutné definovat, jelikož každá další definice tento obor více a více svazuje. Terapeut by se neměl držet zadaných definic, ba naopak by měl vymýšlet další postupy, cesty, jak díky muzikoterapii pomoci klientovi (Müller /ed./, 2014).

Obecně, bez zdlouhavých definic, je muzikoterapie chápána jako terapeutický proces, při kterém jsou důležité nejen zvolené prostředky a postupy, ale velmi důležitou roli hraje navázání vztahu mezi klientem a terapeutem. Jedná se o systematický proces intervence, nikoliv o náhodné zlepšení zdravotního stavu. V rámci intervence je sestavováno několik cílů, které mohou být postupně vyplňovány s ohledem na individualitu klienta, jeho zájem o hudbu a o muzikoterapii jako takovou. Každý muzikoterapeutický model obsahuje vlastní procedurální kroky, ale obecně rozlišujeme fázi přípravy, realizace a evaluace. Pro fázi přípravy je pro terapeuta charakteristické určité uzavření se do vnitřního světa klienta. K tomu je nutná jistá dávka empatie. Jedině tak je možné vytvořit koncepci terapeutického plánu pro daného klienta nebo skupinu klientů.



Muzikoterapeutická setkání mohou probíhat v různých formách:

**-individuální,**

**-skupinové** (terapie v určitých uměle sestavených skupinách, které obvykle čítají pět až dvanáct členů),

**-komunitní** (práce s přirozeně existujícími komunitami lidí, například s rodinami, týmy na pracovišti apod.)

Muzikoterapeutická intervence využívá zejména čtyř základních metod, kterými jsou improvizace, interpretace hudby, kompozice hudby a poslech hudby (Bruscii, 1998 in: Müller, 2014). Přičemž nejdůležitější výhodou muzikoterapie je nonverbální komunikace. Ale i při práci s pacienty, kteří jsou schopni verbální komunikace, vidíme značné výhody. Hudební rovina nabízí klientovi možnost symbolického vyjádření svých pocitů. Může tak projevit svůj strach, úzkost i další nepříjemné pocity (Vítková, Pipeková /ed./, 2001).

Celostní pojetí muzikoterapie v sobě nese charakteristické metodické principy:

Je to **bezpečné prostředí**, ohraničující prostor, ve kterém terapie probíhá a také terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem. Interiér, kde probíhá muzikoterapie, by měl být volným prostorem bez prvků, které by zbytečně poutaly klientovu pozornost. Klient by se v takovém prostředí měl samozřejmě cítit příjemně. Skutečně profesionální ateliér je většinou vybaven měkkými koberci, látkami, které „změkčují“ okolní prostředí. Barvy, které v místnosti převažují, by měly být neutrální. Součástí je rovněž rozptýlené světlo, které lze v průběhu terapie měnit v závislosti na náladě klienta. Samozřejmostí je audiotechnika, instrumentář hudebních nástrojů, relaxační a rehabilitační pomůcky a další pomůcky terapeutické. Muzikoterapie je často propojována s arteterapií, proto je vhodná i plocha pro arteterapeutické tvoření.

**Princip prožitkové vlny**, který pracuje strukturovaně s bazálními potřebami klienta. Setkání zpravidla začíná uvolněním momentální zátěže, která lze vyventilovat například hrou na velké bicí nástroje.

Postupně pak setkání směřuje k relaxaci za pomoci dechových cvičení, nejrůznějších hlasových technik, dotekových technik (masáže), práce s Orffovými a etnickými nástroji, pohybových her spojených s hudbou, harmonizačních cvičení. Do individuální muzikoterapie lze začlenit principy bazální stimulace (Müller /ed./, 2014). Výběr hudebních nástrojů hraje rovněž velkou roli v terapeutickém setkání, neboť právě hudební nástroj často plní funkci „alter ego“, tedy „pomocné Já“. Zastupuje klienta, hudební nástroj může vypovědět věci, nálady, pocity, které nedokáže, nebo nechce popsat (Vítková, Pipeková /ed./, 2001).

**Integrace přístupů a nástrojů podpory** je rovněž velmi důležitá. V terapeutickém procesu terapeut hledá to, co klientovi nejvíce prospívá. U osob postarších, mohou například nejvíce zaujmout písně, hudba, kterou poslouchali v době jejich mládí, které měli nejraději. Tím lze navodit pocit radosti. Prožitková terapie vytváří pocit bezpečí, prohlubuje intimitu, což vytváří prostor pro rozhovor o důležitých věcech.

Také **neexpertním přístupem** je muzikoterapie charakterizována. Pro terapeuta jsou nejdůležitější osobnostní předpoklady. Koncept sám o sobě usiluje o to, aby ho mohl využívat široký okruh odborníků (psychologové, pedagogové, zdravotní sestry apod.). Samozřejmostí je poté doplnění příslušného vzdělání a praxe.

Partnerský a nedirektivní přístup v sobě označuje terapii, do které klient není nucen. Terapie je jeho svobodnou volbou.

Metodické principy doplňují důraz na kontext. Zájem o klienta a jeho svět není ohraničen pouze muzikoterapeutickým setkáním. Terapeut se angažuje v zájmech klienta, vede s ním dialog. Své postřehy rovněž diskutuje s dalšími lidmi v pomáhajících profesích, které se o klienta starají a znají ho (Müller /ed./, 2014).

Mezi obecné cíle muzikoterapie lze zařadit:

- vytvoření podpůrného, emocionálně stabilního vztahu s terapeutem,
- podpora silných stránek, psychosociálních potřeb a intaktní složky osobnosti klienta (podpora pozitivního vnímání, zážitek úspěchu, ocenění, podpora vlastní kompetentnosti a volby),

- snaha o rozvoj postižených funkcí, popřípadě využití jejich zbytkového potenciálu,
- podpora zapojení klienta do smysluplné aktivity. K rozšíření spektra životních aktivit může vést i zlepšení určité tělesné či psychické funkce, například paměti, úchopových či respiračních funkcí (Müller /ed./, 2014, s. 277-278).

Při práci s osobami těžce nemocnými a umírajícími může hudba pomáhat při zmírňování bolestí, kdy od bolesti odvádí pozornost. Pro rozvoj motorických funkcí se často využívá cvičení s hudbou, hudebně-pohybové aktivity, mnohdy za doprovodu fyzioterapeuta. Rovněž je pro rozvoj motorických funkcí využívána hra na tělo, dirigování nebo tanec (Müller /ed./, 2014).

Muzikoterapie, stejně jako ostatní podpůrné terapie, rozhodně nezastává u klientů v terminálním stádiu nemoci kurativní léčbu, jedná se spíše o doplněk péče, o péči, která může spadat pod paliativní snahy. Sama o sobě neléčí nemoc, neléčí ani její příznaky. Může být však užitečná v boji proti strachu, úzkosti, depresi. Mnoho klientů se v hospicové péči potýká se strachem, strachem ze samoty, bolesti, utrpení, smrti. Zatímco zdraví lidé svůj strach málokdy přiznají, u nemocných je tomu naopak. S tímto faktem může terapeut vhodně pracovat v rámci terapie.

U klientů může samotná terapie sledovat následující cíle:

- tělesná a psychická relaxace,
- pomoc při usínání,
- vyjádření vědomých či nevědomých pocitů,
- usnadnění komunikace s klientem,
- odvrácení pozornosti od nemoci,
- smysluplné využití volného času,
- prozkoumávání spirituálních záležitostí,
- podpora pozitivního přístupu k sobě, svému okolí a prostředí,
- posílení vztahů s rodinou, přáteli apod.,
- retrospekce životních událostí prostřednictvím asociace a vzpomínek.

Hudbou terapeut vytváří most k životu klienta před vypuknutím nemoci (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

## 7.2 Arteterapie

*„Umělecké dílo, které není založeno na emocích, není uměním...emoce je princip, začátek a konec, pravidlo, cíl, technika – a všechny věci mezi tím“*

*(Paul Cezanne in: Stejskalová, 2012, s. 64)*

Jako terapeutická metoda je arteterapie využívána od 30. až 40. let 20. století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Blahodárné účinky výtvarného umění však poznávali lidé již dávno předtím. Důkazem jsou tomu nástěnné malby v jeskyních pračlověka, různá maskovací a válečná malování na obličeji. Takové rituály pomáhaly lidem k obraně proti nebezpečí nebo jim dodávaly sílu k získání větší moci. Mohlo se také jednat o jakousi formu nástěnných kreseb, díky kterým se lidé vyrovnávali se silnými zážitky například z lovu.

V současné době můžeme říci, že jisté prvky arteterapie se objevují všude kolem nás. Výběrem a uspořádáním bytových doplňků si upravujeme prostředí kolem sebe tak, aby pro nás bylo, co nejpříjemnější. Styl oblékání určuje, zda chceme vypadat nenápadně, nebo naopak na sebe vzbudit pozornost. Toto vše úzce souvisí s aktivní komunikací s okolím, stejně tak jako arteterapeutické vyjádření vnitřních pocitů.

Arteterapie umožňuje klientovi sebevyjádření, může být chápána jako relaxační činnost, nebo jako prostředek k rozvoji vnímání, popřípadě k sebeuzdravování (Vítková, Pipeková /ed./, 2001).

Definičně lze tento obor vyjádřit například takto:

*„Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů“ (Stejskalová, 2012, s. 64).*

K uvedenému dodává Liebmann (Liebmann, 2005, s. 14): „*Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky.*“

Z hlediska přístupu ke klientům může být arteterapie rozdělena na terapii individuální či skupinovou.

Při individuální arteterapii hraje velkou roli vztah terapeuta s klientem. V tomto vztahu musí terapeut respektovat jistá pravidla:

- přirozenost ze strany terapeuta, žádné předstírání,
- maximální respektování klienta,
- respektovat právo klienta na neříkání pravdy,
- terapeutický vztah je postaven na principu jednosměrného zrcadla (terapeut by neměl sdělovat klientovi své problémy),
- jít tak daleko v klientově tématu, jak je klient ochoten a připraven,
- soustředit se na klienta, a ne na své problémy,
- komunikace musí být pro klienta srozumitelná (Müller /ed./, 2014, s. 88).

Při skupinové arteterapii pracuje terapeut se skupinou klientů (většinou se jedná o skupinu, která čítá kolem dvanácti členů). Ve skupině může využívat tzv. skupinovou dynamiku. Znamená to, že do terapie zapojuje skupinové interakce, interpersonální vztahy. Klientům tak v terapeutické práci mohou pomoci nejen použité metody, ale rovněž se mohou ztotožňovat se zkušenostmi ostatních účastníků terapie. Liebmannová (2005, s. 19-20 in: Müller /ed./, 2014, s. 89) uvádí důvody pro využití skupinové práce při arteterapii.

1. Většina sociálního učení probíhá ve skupinách, skupina tak poskytuje vhodné zázemí, ve kterém jej můžeme procvičovat.
2. Lidé s podobnými potřebami si mohou poskytnout vzájemnou podporu.
3. Členové skupiny se mohou poučit ze zpětné vazby ostatních.

4. Členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role, vidí, jak ostatní reagují, a mohou v nich být podpořeni a posílení.
5. Určitým jednotlivcům skupiny více vyhovují.
6. Skupina může být ekonomický způsob, jak využít odborné znalosti a pomáhat několika lidem najednou.

Oproti tomu samozřejmě existují i nevýhody skupinové práce:

1. Zachování důvěrnosti je obtížnější.
2. Členům skupiny je poskytováno méně individuální pozornosti.
3. Skupina může snadněji někoho „označkovat“, dát mu nálepku, které se pak těžko zbavuje.
4. Lidé se mohou vyhnout rozhovorům o nepříjemných tématech, protože se mohou „schovat“ za někoho jiného.

Arteterapeutická díla v sobě skrývají mnoho symbolů. Pro terapeuta je složité takové symboly v práci klienta nacházet. Podobu symbolu ve výtvarném projevu klienta ovlivňuje jeho osobnost, do jisté míry jeho umělecké nadání, jeho momentální nálada a také období terapeutického procesu, ve kterém se nachází (počátek, prostřední část, závěr). Symbol může poukazovat na problém, který člověka tíží. Terapeuti se často dopouštějí chyby, že do interpretace symbolu vnáší své přenosy a vidí v symbolu to, co je aktuální pro ně. Terapeut má za úkol pouze sledovat, zda se daný symbol objevuje ve více kresbách, dílech a popřípadě, jak se symbol mění. Správně interpretovat symbol může pouze klient sám- pokud terapeutovi prozradí tajemství, jak je symbol propojen s jeho životem (Stejskalová, 2012).

### 7.2.1 Nejčastější techniky v arteterapii

Primární a základní formou arteterapie je kresba. Nejčastější technikou v počátcích terapie je **kresba na volné téma**. Nese v sobě moment svobody, vlastní volbu námětu a jeho interpretaci. Další využívanou technikou je **kresba projektivních pocitů**, kdy klient má za úkol svou kresbou vyjádřit momentální pocity. Důležité je nakreslený obrázek pojmenovat, popsat slovem, metaforou, hudbou nebo zobrazit neverbálním projevem (gesto, pantomima, tanec apod.)

**Kresba na zadané téma** otevírá možnosti pohledu na stejný problém z různých úhlů pohledu. Tématem může být láska, smutek, smrt, mé přání, příroda, roční období apod. Klient může sám navrhnout téma sezení při individuální terapii. V terapii lze také efektivně využít kresbu příběhu. Ten může být spojen s lidovými pohádkami, mytologií, biblickým textem, filmovými a divadelními příběhy. Techniku lze uplatnit i při kresbě vlastního životního příběhu, důležitých událostí.

Technika **kreslíme hudbou** je propojením arteterapie a muzikoterapie. Léčivým prostředkem je zde zkrátka umění, které působí na vjemový systém lidského těla. Tímto vzácným propojením lze například slyšet barvy (zelená- les, šumění stromů, modrá- moře apod.) nebo vidět zvuky (Stejskalová, 2012).

Šicková-Fabrici (2002, s. 125 in: Müller /ed./, 2014, s. 100-104) uvádí stručnou charakterizaci šesti základních metod v arteterapii:

První představuje **IMAGINACE** jako technika, která klientovi umožňuje vstup do jeho vnitřního světa. Klient tím dokáže vnitřně řešit situace, které zůstaly prozatím nevyřešené. Při imaginaci se klientovi vybavují obrazy, které poté přenáší do výtvarného artefaktu. Dochází tak ke zpřítomnění problému. Každá imaginace, nebo rovněž nazývaná vizualizace, začíná nejprve relaxací, poté klient za pomoci nějakého příběhu se zavřenýma očima nahlíží do svého nitra. Mezi známá témata imaginace patří voda, jeskyně, výstup na ledovou horu, louka, čtyři živly, dům, smíření, osobní průvodce, létající koberec a další. Tato technika je velmi úzce spjata s psychoterapií.

**ANIMACE** zajišťuje, že se klient či terapeut identifikují s částí artefaktu nebo s celým artefaktem. Tuto metodu lze nazvat metodou rozhovoru ve třetí osobě. Klient či terapeut poté mluví jménem této části či artefaktu. Animace je vhodná u úzkostných klientů nebo u těch, kteří zatím nejsou připraveni o svém problému mluvit. Animace dodává pocit bezpečí a umožňuje tak klientovi hovořit o věcech, o kterých nemůže mluvit přímo. Metoda může být využita i v počátcích terapie, kdy terapeut navazuje s klientem rozhovor pomocí nějaké věci, hračky apod.

Cílem **KONCENTRACE** je zklidnění, soustředění, čas pro uspořádání vlastních myšlenek. K tomu velmi často slouží vytváření mandal (diagramů, které dávají chaosu určitý řád, harmonickou formu).

**RESTRUKTUALIZACE** řeší klientovi problémy, které nedokáže dlouhodobě vyřešit sám, neboť na ně nahlíží neustále z jednoho úhlu pohledu. Tato metoda umožňuje rozdělit původní obraz na malé kousky a z těchto kousků poskládat obraz nový. Umožňuje nahlédnout na problém z jiné strany. Jedná se také o hledání aktivního řešení problému.

**TRANSFORMACE** je postavena na převedení jednoho druhu uměleckého díla do jiného druhu. V praxi se nejčastěji pracuje s textem či hudbou, která se převádí do výtvarného díla. V případě textu jsou vybírána taková díla, která řeší nějaký problém blízký klientovi, v případě hudby se vybírá několik žánrů, které navozují různé nálady, pocity.

**REKONSTRUKCÍ** dostává klient část artefaktu a jeho úkolem je artefakt doplnit podle svých pocitů. Cílem je především rozvoj fantazie a kreativity.

### 7.3 Biblioterapie

*„Knihy jsou zrcadla – vidíte v nich pouze to, co opravdu máte uvnitř sebe.“*

*(Carlos RuizZafón in: Stejskalová, 2012, s. 133)*

Biblioterapie je jedním z druhů psychoterapie uměním. Kniha nebo jakýkoliv text na člověka působí nejen, když ho sám čte, ale také když poslouchá předčítaný text. Jako lék může rovněž text či kniha fungovat ve chvíli, kdy ji sami tvoříme ve formě básniček, povídek, deníku apod. Kniha či text pracují s lidským uvědomováním, modelují myšlení, učí dívat se na věci s nadhledem, dokáže člověka povznést do různých životních rolí.

Biblioterapie má antické kořeny, v překladu z řečtiny znamená léčbu knihou. S pojmem „poetické medicíny“ se můžeme setkat již u Aristotela, který upozorňoval na to, že umění, utváření, řazení a rýmování řeči je schopno ovlivnit jak duševní, tak i tělesné stavy člověka (Stejskalová, 2012). Svým charakterem spadá tato terapie do expresivně - formativních terapií, které se začaly vyčleňovat ze svého zdroje – psychoterapie přibližně v padesátých letech 20. století. Termín biblioterapie pochází z řeckých slov *biblion* = kniha a *therapeia* = léčit.



První přesnější definice biblioterapie byla zaznamenána v roce 1941 a sděluje, že biblioterapie je využití knih při léčbě nervových onemocnění. Dnes zdaleka není biblioterapie omezena jen na tuto skupinu onemocnění. Lze ji využívat i u lidí, které nemají „viditelné“ známky jakéhokoliv onemocnění či poruchy. Některá terapeutická sezení totiž mohou být zacílena jen na relaxaci, povzbuzování sebevědomí jedinců či vytváření interakcí v kolektivu (Müller /ed./, 2014).

Biblioterapie je definována jako „*proces ovlivňování emočního stavu člověka literárním a poetickým slohem, příběhem psaným prózou nebo poezií*“ (Stejskalová, 2012, s. 137).

Biblioterapie se opírá převážně o psychoterapii, může se úzce dotýkat i muzikoterapie, arteterapie a dalších podpůrných terapií. Samotnou biblioterapii však lze rovněž rozčlenit do dalších podobných terapií, které využívají psaný text. Jedná se například o **poetoterapii** (využívá artiklů lyriky), **imagoterapii** (vžívání se do role literárního hrdiny), **narativní terapii** (vyprávění příběhů s psychologickým kontextem), **hagioterapii** (rozbor náboženského textu), **skazkoterapii** (léčba pomocí pohádek).

Proces biblioterapie je zaměřen na složku racionální i emoční. Emoční složka je většinou aktivována dříve, teprve po pocitovém proniknutí do děje textu či příběhu o něm začíná čtenář či posluchač přemýšlet racionálně. Klient je obvykle terapeutem vyzván ke ztotožnění s hrdinou děje, který řeší nějaký problém. Příběh by měl dopadnout dobře a přinést klientovi jistou nabídku k vyřešení daného problému (Müller /ed./, 2014).

Rozlišujeme dvě základní formy biblioterapie. **Biblioterapii receptivní**, kdy klient poslouchá čtení terapeuta, člena skupiny nebo blízké osoby. Receptivní biblioterapie patří mezi nejúčinnější relaxační a komunikační metody. Vnímání hlasu, který správně terapeuticky působí, vytváří bezpečné prostředí, které vytváří prostor pro prožití bolestivých emocí. Základem přitom je práce s hlasem a řečí čtenáře.

**Aktivní biblioterapie** je proces tvorby literárního díla. Klient tak má možnost zpracovat své důležité zážitky, silné emoce. Psaní zklidňuje mysl a dává člověku nadhled (Stejskalová, 2012).

#### 7.4 Bazální stimulace a koncept Snoezelen

*„Bazální stimulace je aktivitou, při které probíhá snaha nabídnout klientovi možnosti pro vývoj jeho osobnosti. Pojem bazální znamená elementární (základní) nabídku, která je nabízena v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde člověk vzhledem ke svému postižení, nemoci není schopen sám se postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj. Koncepce je postavena na rozvoji vnímání, které dále působí na celkový rozvoj jedince“* (Vítková in: Müller /ed./, 2014, s. 357).

Pokud nahlédneme do historie, koncept bazální stimulace vytvořil A. Fröhlich v roce 1991 a zaměřil ji na podporu dětí s těžkým postižením. Postupně se bazální stimulace rozšiřovala z oblasti speciální pedagogiky i do ošetrovatelství a tím se měnila i cílová skupina klientů. V současné době lze bazální stimulaci využívat i u seniorů a osob dlouhodobě nemocných. Příznivý vliv na klienty je zaznamenán i v rámci hospicové péče.

M. Škodová na II. národní konferenci bazální stimulace, která proběhla v roce 2007, představuje využívání bazální stimulace v zařízení Domova pro seniory v Jičíně, kde je zřízeno speciální oddělení paliativní péče. Uvádí, že koncept se prolíná s přáními a potřebami klientů a má pozitivní vliv na budování příjemné atmosféry a lepšího prožívání klienta. Specifikem v této životní fázi přitom je, že se nejedná ani tak o stimulaci jako spíše o nutnou podporu, kterou klient v posledních dnech života potřebuje, aby se mohl cítit jako plnohodnotný člověk. Při konceptu pracovníci pozorují reakce klienta a uzpůsobují celkovou aktivitu. K využití konceptu slouží všechny podněty, které jsou klientovi příjemné. Příjemná poloha a to i při lékařském vyšetření, příjemná hudba, jídlo, dokonce ne vždy oblíbená péče o dutinu ústní probíhá za pomoci štětiček, které jsou namočené v oblíbeném nápoji klienta, ať už se jedná o pivo, víno či džus. U umírajících jsou zaznamenány libé, příjemné pocity (Cesta k humánnímu ošetrovatelství: historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí: sborník příspěvků, Škodová, 2007).

I zde je tedy patrná základní myšlenka konceptu, kterou je požadavek na celistvost, holistický přístup. Vychází se z předpokladu, že nelze oddělit tělo a duši.

Díky bazální stimulaci je zprostředkována jistá zkušenost pomocí vjemů klienta, přičemž podstatou je aktivní zapojení jeho vnímání. Ke konceptu bazální stimulace patří stimulace **somatického vnímání**, která souvisí s povrchem kůže jedince a může být realizována například pocitem tepla, chladu, tlaku, vlhkosti. Koupeme a sprchujeme klienta v různě teplé vodě, fénujeme, natíráme krémem, masírujeme. Vše vždy s pečlivým pozorováním reakcí klienta. Tělo může být pokrýváno různým materiálem, můžeme využít kartáčů, hlazení. Zkrátka všeho, co je klientovi příjemné.

**Vestibulární vnímání** je podněcováno změnou poloh celého těla. Oblast **cítění (vibrační)** je oslovována vibračními zdroji (masážní polštáře, vibrační kostky apod.) Klient může zažívat pocit uvolnění a relaxace například na vodním lůžku. **Orální oblast** je možné stimulovat prováděním masáže úst, sáním, žvýkáním, kousáním. **Čichový vjem** je aktivován například lahvičkami s různými druhy vůní. K **hmatovým vjemům** se nabízí různé materiály, předměty k uchopení a ohmatání s rozdílnou povrchovou úpravou a tvarem. **Akustické a optické** vnímání může být stimulováno jednoduše strukturovanými podněty, jako je tlukot srdce, krátké impulzy bílého světla apod.

Při aplikaci konceptu je důležité myslet na to, že méně je někdy více, není možné klienta přímo zahlcovat podněty, ale nabízet mu je postupně. Jedinec se zdravotním postižením, nemocí je nucen omezit se na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem (Vítková in: Müller /ed./, 2014).

#### 7.4.1 Základní prvky bazální stimulace

##### 1. Pohyb

Omezení pohybu zásadně snižuje množství podnětů, které může klient vnímat. Toto snížení podnětů může sekundárně poškozovat intelekt vznikem podmětové deprivace. Bazální stimulace se snaží klienta motivovat k pohybu, usnadnit pohyb, nebo provést alespoň pasivně.

##### 2. Komunikace

Komunikace je základem sociální interakce. Při realizaci bazální stimulace je rovněž komunikace nedílnou součástí. Terapeut s klientem komunikuje verbálně i neverbálně. Součástí komunikace je vždy i nejelementárnější úroveň komunikace – dotyk.

### **3. Vnímání**

Trvalý přísun podnětů je důležitý pro rozvoj osobnosti. Techniky bazální stimulace mají za úkol stimulovat na všech úrovních, probíhají stimulace somatické, vibrační, vestibulární, auditivní, optické. Všechny tyto prvky bazální stimulace jsou realizovány na základě dobré znalosti klienta a v interakci se sociálním prostředím (Zikl, 2014, s. 118-119).

Uplatnění bazální stimulace je v současné době široké. Aplikována je zejména u osob s poruchou hybnosti (lidé s vrozeným či získaným tělesným postižením, klienti hospitalizovaní na lůžku apod.), u osob s deficitem v oblasti vnímání nebo komunikace. Uplatnění nalezneme nejen u dětí, ale rovněž u seniorů se získanými vadami, které mohou být následkem onemocnění (Zikl, 2014).

Koncept bazální stimulace se obrací k nejelementárnějším stimulacím těla a duše, které vycházejí již z prenatálního vývoje jedince.

#### **7.4.2 Jednotlivé oblasti podpory**

##### **Somatické podněty**

Kůže a svaly našeho těla vytváří jistou představu o našem těle. Dokážeme celkem s jistotou říci, kde naše tělo začíná a kde končí. Lidé s různým druhem omezení, ať už v důsledku vrozeného či získaného postižení, onemocnění, však nemusí své tělo plně vnímat. Může za to například vysoká spasticita nebo hypotonie. Takoví klienti mohou vnímat jen určité části svého těla a to často ještě velmi negativně, například v důsledku koncentrace bolesti v daném místě. Bazální stimulace se snaží o stimulaci celého těla tak, aby vznikla pozitivní zkušenost s vlastním tělem.

##### **Vibrační podněty**

Somatické podněcování se vztahuje v podstatě jen na kůži a svaly, kostra je dotykem a touto stimulací zasažena jen nepatrně. Naopak vibrační stimulace zasahuje i nosné části těla a klouby. Všechny tyto zkušenosti zdravý člověk přirozeně získává při stání, chůzi a uchovává si je. Už malé dítě pocítuje odpor vůči podlaze, když se po ní plazí.

## Vestibulární podněty

V současné době dochází k rozšiřování tzv. senzorické integrační terapie. Orientaci danou gravitací vnímá již dítě v době těhotenství a je důležitá v prvním roce, kdy se dítě dostává z polohy horizontální do polohy vertikální. Vestibulární podněty zprostředkovávají klientovi bazální stimulace informace o poloze v prostoru, o pohybu těla v prostoru. Je-li nabídnut přiměřený vestibulární podnět, je často u klientů pozorován uvolněný úsměv, který se neobjevil ani v příjemných situacích. Stimulace probíhá zejména pomalými pohyby těla do stran, využít lze terapeutický váleček, míč a jiné pomůcky.

Tři oblasti podnětů – somatické, vibrační a vestibulární se vztahují k nejelementárnějším formám vnímání, které je u člověka rozvíjeno již od raného věku a i v dospělosti a v době stáří se k těmto podnětům člověk znovu rád uchyluje.

Představme si situaci, kdy dítě, nebo dospělého člověka utěšujeme. Vezmeme ho do náruče, přitiskneme k sobě, nedíváme se přitom na něho, ale položíme hlavu na jeho hlavu. Potichu říkáme utěšující slova, která ani nemusí nic znamenat. Přitom se kolébáme. Prostřednictvím tepla a dotyku dochází k somatickému podnětu, vibracemi přenášíme náš hlas a zprostředkováváme klidný vestibulární podnět.

Mezi důležité stimuly patří rovněž **čichové a chuťové podněty, sluchové a zrakové podněty a sociálně-emocionální podněty** (Vítková, Pipeková /ed./, 2001).

Bazální stimulace je využitelná i v oblasti domácí hospicové péče. Ve sborníku příspěvků III. mezinárodního kongresu bazální stimulace přibližuje Katarína Antoniová, z Agentury domácí ošetrovatelské péče na území Slovenské republiky, podrobnou kazuistiku muže v domácí hospicové péči. Jeho manželka v rámci zkvalitnění péče o svého muže, absolvovala kurz bazální stimulace, díky kterému mohla svému manželovi poskytovat komfortnější péči a zlepšit kvalitu jeho života. Bazální stimulace probíhala také za podpory pracovníků domácí hospicové péče. Základními prvky, které byly využívány u manžela, byl zejména dotek, pohlázení, pusa. Manželka často uléhala do postele ke svému manželovi. Při bazální stimulaci se manželka naučila muže často polohovat (změna doporučených poloh), zabránovat tak vzniku nových dekubitů.

Do rukou vkládala manželovi předměty z nejrůznějších materiálů. Mohl tím vnímat chlad, teplo, ostré předměty, kulaté, měkké, tvrdé apod.

Pracovníci domácí hospicové péče doplňovali bazální stimulaci masážemi, a tak bylo velmi brzy patrné zlepšení v oblasti fyzické i psychické. I takto se dá pracovat s bazální stimulací v hospicové péči. Přitom, jak se zdá, vše vychází ze základních potřeb klienta (Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: historicky III. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí: sborník příspěvků, Antoniová, 2009).

#### 7.4.3 Koncept Snoezelen

*„Snoezelen produkuje pocit pohody a působí uvolnění, přivádí lidi do klidu, ale také je aktivizuje, probouzí zájem, řídí a srovnává podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje člověka, odebírá strach a přináší jistotu, vede člověka, navozuje a podporuje vztahy, jednoduše přináší radost.“* Definice ISNA – International SnoezelenAssociation(Snoezelen, 2015).

Snoezelen je kombinací slov „snuffelen“, což znamená prozkoumávat a „doezelen“ s významem relaxovat. Tento koncept je často označován jako multi-smyslová stimulace. Koncept Snoezelen, jako takový, byl popsán a vyzkoušen v roce 1970 holandskými terapeuti. Navazoval na mnoholeté výzkumy, které se mimo jiné zabývaly vlivem konceptu na osoby odkázané v důsledku své nemoci na dlouhodobou péči. V důsledku dlouhodobé péče může u klientů často docházet ke ztrátě některých funkcí, například schopnosti vykonávat dosavadní činnosti a záliby, schopnosti komunikace a dalších. Jedinec může začít postrádat zájem o okolí, okolní podněty. V důsledku toho může docházet ke smyslové deprivaci. Snoezelen je prostředkem pro rozvoj všech smyslů, měl by tedy stavu smyslové deprivace předcházet. Již v roce 1958 zjistil Liedermann se svými spolupracovníky, že umístěním klienta do smyslové místnosti a jeho stimulací, dochází ke zmírnění neklidu, úzkosti. Eliminovány jsou klientovy halucinace.

Tým odborníků ze společnosti, zabývající se výzkumem v oblasti Snoezelenu, PalliativeAlliance, nazval Snoezelen „citovou a intelektuální dovolenou“ (SnoezelenTrainingToolkit, 2011).

Pokud se bavíme o využívání konceptu Snoezelenu ve speciálně zařízené místnosti pro tuto stimulaci, jedná se o velmi zklidňující prostor. Venkovní hluk je v místnosti eliminován. Místnost je pohodlně vybavena. Na podlaze většinou nalezneme měkké koberce, okna a dveře nejsou vidět, aby nenarušovaly vnitřní harmonii pokoje. V pokoji nechybí příjemné deky, polštáře (polštáře i vibrační). Často zde nacházíme nejruznější světelné efekty doplněné příjemnou hudbou, lávové lampy. Stimulace může být doplněna o aromaterapii. Projektory a optické přístroje se využívají k dalšímu povzbuzení smyslů.

Filosofie Snoezelenu je prvotně založena na klientově prožitku vlastního já. Klient má v klidné místnosti právo na procítění vlastního já. Má právo prostředí kolem něho postupně prozkoumávat a mít nad ním svou kontrolu.

#### **7.4.3.1 Využití Snoezelenu:**

Snoezelen představuje bezpečné a předvídatelné prostředí, které může být využíváno pro:

1. Relaxaci

Snoezelen může být využit ke snížení neklidu, strachu, podrážděnosti či úzkosti. Místnost Snoezelenu je navržena tak, aby klientovi poskytovala pocit klidu. Může být také účinným prostředkem k podpoře usínání při poruchách spánku.

2. Rozptýlení

Klientovi, který například špatně snáší některé změny (změny směn personálu, prostředí apod.), může koncept pomoci s uklidněním v těchto chvílích nejistoty.

3. Interakci

Koncept Snoezelen si společně s klientem mohou užívat i pracovníci, rodina, dobrovolníci a tím upevňovat vztahy mezi klientem osobami blízkými.

4. Socializaci

Snoezelen může být využíván i skupinově a být tak prostředkem pro socializaci klientů, kteří se uzavírají do sebe.

5. Komfort

Snoezelen poskytuje komfort pro paliativní klienty a jejich rodiny. Poskytuje zázemí pro klienty, kteří prožívají zármutek a strach. Rodiny se zde mohou se svými nejbližšími setkávat v příjemném prostředí.

#### 6. Stimulaci

Koncept Snoezelen má zároveň za cíl klienta aktivizovat a stimulovat. Je to možné za pomoci nejrůznějších pomůcek, předmětů, které klient využívá a podporuje tak všechny své smysly.

#### 7. Úlevu

Koncept je využíván i k léčbě bolesti, kdy probíhá snaha, aby klient na malou chvíli odvrátil svou pozornost od bolesti.

#### 8. Komunikaci (SnoezelenTrainingToolkit, 2011).

V rámci konceptu Snoezelenu lze smysly jedince stimulovat komplexně či selektivně. Buď se tedy pozornost zaměřuje na jeden, nebo více smyslů (Fajmanová, Chovancová, 2008). Cílem konceptu je však nabízet přiměřené množství podnětů. V dnešním světě se setkáváme spíše s nadbytkem nepotřebných podnětů, než s jejich nedostatkem. Proto je důležité v konceptu Snoezelenu nepotřebné podněty vytěšňovat. Je reálné přesycení podněty, které může u klienta vyvolat naopak nelibé pocity (Filatová, Janků, 2010).

Organizace hodiny ve Snoezelenu má být systematická a skládat se z přivítání, poté aktivní části následované relaxací a ukončením s poskytnutím zpětné vazby. Na začátku a konci hodiny může být vytvořen nějaký rituál, který oznamuje začátek a konec činnosti (Filatová, Janků, 2010).

##### 7.4.3.1.1 Využití Snoezelenu v hospicové péči

Ve Velké Británii, Spojených státech i v Kanadě proběhlo mnoho výzkumů zaměřených na zlepšení kvality života osob umírajících. Do výzkumů byl často zapojen i koncept Snoezelenu. Jeden z takových výzkumů byl prováděn v hospici ve Velké Británii (Palliative care day hospice). Autoři studie Schofield a Payne (2003) se zaměřili na možnosti využívání konceptu Snoezelenu u osob umírajících a na zhodnocení jeho efektu, tedy na podporu kvality života klientů. Studie ukázala významný pokles míry úzkosti u klientů.

Pro studii byla vybrána tmavá místnost pro dostatečné vyniknutí světelných prvků.

V místnosti nechyběla světelná vlákna měnící barvu a projektor, kterým byly promítány



nejrůznější obrazy, tvary, obrazce. Pobyt v místnosti vždy doplňovala klidná, relaxační hudba.

Klienti navštěvovali místnost po dobu dvou týdnů, každý den v trvání jedné hodiny.

Studie sloužila jako prvotní výzkum, od kterého se v dalších letech odvíjela řada podobných výzkumných šetření. Důležitým výsledkem studie bylo, že Snoezelen má potenciál pro vytváření pozitivního vlivu na míru prožívané úzkosti u pacientů hospicové péče. Lze ho tedy využít jako multisenzorickou terapii v paliativní denní péči. Rovněž může studie posloužit jako inspirace pro odborníky, kteří přemýšlí o rozšíření nabídky vhodných aktivit pro své klienty (Schofield, Payne, 2003).

Podobné výzkumy se v minulosti zabývaly i vlivem relaxační metody Snoezelenu na bolest, kterou velmi často klienti paliativní péče pocítují. Relaxace spadá v životě člověka do „copingové strategie,“ co se týče jejího vnímání. Lidé se učí s trvalou bolestí žít a zapojovat se do aktivit, které pomáhají bolest méně vnímat. Jednou z takových aktivit je právě relaxace. Ačkoliv relaxace přímo nemění míru bolesti, působí však na copingové schopnosti jedince a ten tak může bolest lépe zvládat. V minulosti nevznikalo příliš studií na konkrétní využívání Snoezelenu v paliativní péči či obecně léčbě bolesti. Přesto se koncept Snoezelen rozvíjel, a to díky intuitivním pocitům odborníků i veřejnosti. Místnosti Snoezelenu se totiž jevily jako vhodná, velmi příjemná místa, která by tedy mohla být užitečná pro značné množství klientů různých věkových kategorií a různých diagnóz. Novější a novější studie potvrzovala, že Snoezelen může být vhodným místem také pro paliativní klienty, neboť samotné prostředí může pozitivně ovlivnit pohodu a pocit klidu u umírajících klientů (Schofield, 2003).

Studie autorky Schofield jsou považovány za důležité příspěvky v oblasti Snoezelen z důvodu možnosti aplikace ve zdravotnictví a neomezenosti využití.

## 8 Metodologie práce

### 8.1 Cíl výzkumného šetření

**Hlavním cílem** výzkumného šetření je zjistit aktuální stav možností využívání vybraných podpůrných terapií a stimulací u klientů hospicové péče. Konkrétně se jedná o relaxaci a terapie v rámci muzikoterapie, arteterapie, animoterapie, biblioterapie, ergoterapie, konceptu Snoezelenu a s ním úzce související bazální stimulace. Výzkumné šetření je prováděno v zařízeních hospicové péče formy domácí a lůžkové. V návaznosti na výsledky šetření je rovněž cílem popsat na základě zúčastněného pozorování průběh vybraných terapií v zařízení hospicové péče a zhodnotit jejich přínos pro účastníky.

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) lze obecně cíl výzkumného šetření dále rozdělit na **cíl intelektuální**, který určuje, jakým způsobem výzkumné šetření přispěje k rozšíření odborného poznání. Dále **cíl praktický**, zda budou moci být výsledky výzkumného šetření praktickým způsobem využity a **cíl personální**, tedy jak práce na výzkumném šetření obohatí výzkumníka samotného.

Dle uvedeného jsou dalšími cíli praktické části diplomové práce:

#### Cíl intelektuální

Cílem je poukázat na možnosti klientů hospicových zařízení využívat vybrané terapie a stimulace v rámci služeb denní péče, a rozšířit tak povědomí o dostupných aktivitách, které jsou nabízeny ke stimulaci a podněcování osob se závažným onemocněním, v terminálních stádiích jejich nemoci.

#### Cíl praktický

Cílem je vytvoření shrnující škály terapií a stimulací nabízených v domácích a lůžkových formách hospicové péče, která může dále sloužit jako inspirativní materiál pro rozvíjení aktivit denní péče v uvedených zařízeních.

#### Cíl personální

Jako autorka výzkumného šetření se dlouhodobě zajímám o problematiku spojenou s paliativní péčí, konkrétně poskytovanou v hospicích. Mám osobní zkušenosti s chodem zařízení hospicového typu z pohledu rodinného příslušníka klienta této péče. Je pro mě osobně významné téma prozkoumat. A rozšířit si tak poznatky o nabídce aktivit v jednotlivých zařízeních.

Pro naplnění hlavního cíle byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- Vytvoření přehledu a kontaktování vybraných Domovů pro seniory a Léčeben dlouhodobě nemocných v České republice, které se v rámci své péče rovněž mohou setkat s lidmi umírajícími.  
Tvorba, rozeslání a vyhodnocení dotazníků, zaměřených na možnosti poskytování terapií a stimulací, do výše zmíněných zařízení. Porovnání nabídky možností využívání vybraných terapií a stimulací v těchto zařízeních s nabídkou poskytování stejných aktivit v zařízeních hospicové péče.
- Zhodnocení průběhu a přínosu využívaných terapií a stimulací pro jejich účastníky v konkrétním pobytovém zařízení hospicové péče formou zúčastněného pozorování.

## **8.2 Strategie výzkumného šetření**

K naplnění hlavního cíle i dílčích cílů práce byla zvolena strategie kvalitativního šetření, která je doplněna o kvantitativní sondu realizovanou metodou dotazníku.

V diplomové práci jsou využity tyto metody výzkumného šetření:

- analýza dostupné literatury;
- analýza dostupných materiálů;
- dotazník adresovaný do vybraných zařízení hospicové péče v České republice a Slovenské republice;
- metoda zúčastněného pozorování v zařízení pobytové hospicové péče;

## **8.3 Výzkumné otázky**

Pro výzkumné šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

(Výzkumné otázky jsou rozděleny do 2 částí).

1. První část výzkumných otázek se týká obecných informací o možnostech klientů hospicové péče na území České republiky a Slovenské republiky účastnit se specifikovaných terapií a stimulací v rámci péče.

**VO1: Jaké mají klienti hospicové péče na území České republiky a Slovenské republiky příležitosti k účasti na blíže specifikovaných terapiích a stimulacích?**

**VO2: Kdo konkrétně specifikované terapie a stimulační klientům poskytuje (odborný personál, dobrovolník, apod.)?**

**VO3: Mají zařízení hospicové péče tendence rozšiřovat nabídku denních aktivit, ve slova smyslu terapií a stimulací, pro své klienty?**

2. Druhá část výzkumných otázek se blíže vztahuje k návštěvě konkrétního zařízení hospicové péče a zúčastněného pozorování průběhu nabízených terapií a stimulací.

**VO4: Jak mohou probíhat specifikované terapie a stimulační v zařízeních hospicové péče?**

**VO5: Jak na poskytované terapie a stimulační reagují klienti hospicové péče?**

#### **8.4 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření bylo prováděno od července 2016 do března 2017. Bylo rozděleno do dvou hlavních etap. První etapa zahrnovala kvantitativní šetření formou dotazníků. Výzkumným vzorkem zde byla vybraná zařízení hospicové péče v České republice a některá zařízení na území Slovenské republiky. Obracela jsem se na příslušné pracovníky zařízení. Kvantitativním šetřením jsem zjišťovala, zda mají klienti hospicové péče možnosti účastnit se v rámci péče specifikovaných terapií a stimulací, popřípadě kterých. Dále bylo důležitým faktorem, kým jsou terapie a stimulační poskytovány (zda odborným personálem, dobrovolníky, apod.). Také, zda jsou poskytované terapie a stimulační rovněž přístupné rodinným příslušníkům klientů. V neposlední řadě jsem se zaměřovala na budoucí vidinu pracovníků zařízení o rozšiřování nabídky služeb denní péče, ve slova smyslu terapií a stimulací, pro své klienty.

Druhá etapa výzkumného šetření navazovala na výsledky hodnocení získaných dat z dotazníků. Týkala se již konkrétního zařízení pobytové hospicové péče, které jsem navštívila a osobně se zúčastnila poskytovaných terapií a stimulací. Měla jsem tak možnost zjistit, jak může konkrétně vypadat nabídka terapií a stimulací v praxi. Rovněž porovnat reakce klientů na probíhající terapie a stimulační, a tedy jejich přínos pro ně samotné.

#### 8.4.1 První etapa výzkumného šetření

První část výzkumného šetření se týkala zjištění možností klientů hospicové péče, na území České republiky a Slovenské republiky, účastnit se v rámci denních aktivit hospicové péče blíže specifikovaných terapií a stimulací. Jednalo se o následující terapie a stimulační: biblioterapie, muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, využití konceptu Snoezelen. Pro toto šetření byla využita metoda dotazníků. Metoda dotazníků je velmi frekventovanou metodou v pedagogickém výzkumu. Gavora vymezuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“ (Gavora, 2010, s. 121). Samotný dotazník je sledem připravených, formulovaných otázek, na které dotazovaná osoba odpovídá písemně (Chráska, 2007). Dotazníky pro výzkumné šetření byly rozeslány do vybraných pracovišť hospicové péče. Formou dotazníků jsem se tázala pracovníků těchto pracovišť, zda jejich klienti mají možnost účastnit se výše určených terapií a stimulací, respektive, zda konkrétní zařízení hospicové péče profiluje poskytováním těchto terapií a stimulací. V případě, že klienti mají možnost, a tedy zkušenost s podobnými aktivitami, kým jsou terapie a stimulační vedeny (zda odborným personálem či dobrovolníky, nebo jinými osobami). V dotaznících se objevily i další doplňující otázky. V tomto počátečním výzkumném šetření formou dotazníků byly určeny následující výzkumné teze:

1. Obecně v zařízeních hospicové péče, na území České republiky a Slovenské republiky, jsou klientům k dispozici mnohé denní aktivity dle jejich potřeb. Může se jednat o nejrůznější společná setkání ve společenských místnostech, opékání buřtů, společná oslava tradic a svátků atd.

Avšak konkrétní terapeutické činnosti, které spadají do oboru speciální pedagogiky, a kterými jsou například muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, prvky Snoezelenu, se v nabídce aktivit zařízení hospicové péče prozatím objevují spíše výjimečně.

2. Pokud klienti hospicové péče mají možnost využívat nabídky podpůrných terapií a stimulací, jsou povětšinou tyto aktivity organizovány a vedeny především neodborným personálem (například dobrovolníky).

### ➤ Vytvoření a forma dotazníku

Dotazník byl vytvořen přes internetový nástroj pro tvorbu online dotazníků. Byl rozeslán pracovníkům hospicové péče. Oslovena byla zařízení hospicové péče formy domácí a zejména pobytové. Dotazník obsahuje dvacet dva otázek rozdělených do šesti okruhů. **První okruh** se zabývá otázkami, které se vztahují k obecnému trávení volného času klientů. V této části se zajímám o to, jaké druhy aktivit jsou běžně klientům péče nabízeny, poskytovány. **Druhý okruh** otázek se zaměřuje na profilaci nabídky muzikoterapie v zařízení hospicové péče. Na to, jak popřípadě muzikoterapie probíhá, kým je vedena apod. **V třetím okruhu** se ve stejném rozsahu zajímám o poskytování arteterapie. **Čtvrtým okruhem** je dotazník rozšířen o možnosti poskytování biblioterapie. **Pátý okruh** začleňuje do výzkumu využívání konceptu Snoezelenu či bazální stimulace v zařízeních hospicové péče. **Šestý okruh** otázek uzavírá dotazník otázkami doplňujícími, kde je možné se vyjadřovat k dalším možným terapiím a stimulacím, které může zařízení poskytovat, rovněž k vidině budoucí, zda by podobné terapie či stimulace byly v zařízeních hospicového typu vítány. V dotazníku se objevují otázky zjišťující fakta a otázky zaměřující se na mínění a postoje pracovníků hospicové péče. Toto rozdělení otázek v dotazníku zmiňuje Chráska (2007). Dále jsou podle Chrásky (2007) rozděleny otázky v dotazníku tohoto výzkumného šetření na otevřené, kde se pracovníci hospicové péče vyjadřují k zadané otázce. Odpověď není jasně stanovena. V dotazníku se objevují dále polouzavřené otázky, kde respondenti, tedy pracovníci hospicové péče, vybírají odpověď z nabízených možností, ovšem mohou dopsat i jinou odpověď v případě, že si z nabídky možností nevyberou, nebo si vyberou jen částečně. Dotazník obsahuje také otázky zcela uzavřené, kde dotyčný odpovídá ANO/NE.

#### 8.4.1.1 Předvýzkum

Před samotným započítím hlavního výzkumného šetření jsem se rovněž formou dotazníků zajímala o situaci využívání podpůrných terapií a stimulací v zařízeních péče o seniory, kterými jsou například domovy pro seniory, domovy pro seniory se zvláštním režimem, a v zařízeních léčení dlouhodobě nemocných. Tentokrát se jednalo o zařízení pouze na území České republiky. Je patrné, že právě v zařízeních tohoto typu se často klientem stává osoba v terminálním stádiu nemoci, osoba umírající.

Pracovníci takových zařízení se tedy setkávají se stejnou cílovou skupinou osob, jako v zařízeních hospicové péče. Z vlastního zájmu jsem jako předvýzkum zvolila dotazníkové šetření, v těchto zařízeních, abych později mohla porovnat možnosti, nabídku podpůrných terapií a stimulací právě v zařízeních pro seniory a v zařízeních hospicové péče. Dotazníky obsahovaly stejné pasáže a stejné otázky jako dotazníky do hospicových zařízení. Rozeslány byly do dvaceti zařízení péče o seniory či léčeben dlouhodobě nemocných na území České republiky.

Výzkumná teze pro předvýzkum v souvislosti s porovnáváním poskytování podpůrných terapií a stimulací v hospicové péči byla následující:

1. V zařízeních péče o seniory a v léčebnách dlouhodobě nemocných se častěji, než v zařízeních hospicové péče, rozšiřuje nabídka denních aktivit o podpůrné terapie a stimulace. Dáno je to především tím, že v takových zařízeních nalezneme z pohledu výzkumu různé cílové skupiny klientů, přičemž klienti umírající tvoří počtem jen malé procento z celkového počtu klientů.

Krátce bych Vás ve své práci nyní seznámila s výsledkem předvýzkumu.

#### ➤ **Vyhodnocení dotazníků**

Dotazník byl rozeslán do dvaceti domovů pro seniory a deseti léčeben dlouhodobě nemocných. Z celkového počtu třiceti oslovených zařízení bylo patnáct dotazníků vyplněno pracovníky uvedených zařízení a odesláno zpět k vyhodnocení. Nutno podotknout, že všechna zařízení, která byla oslovena, poskytují klientům pobytovou formu péče. Dotazníky jsou zpracovány dle jednotlivých okruhů, které již byly rozděleny výše.

První otázka dotazníku spadá pod první okruh otázek. Obecně tedy zjišťuje, jak klienti daných zařízení tráví svůj volný čas, respektive jaké aktivity jim k trávení volného času jednotlivá zařízení nabízí.



### **První okruh otázek**

Z 15 přijatých odpovědí jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka číslo 1: *Pořádáte pro své klienty pravidelné kulturní akce (pravidelná společná setkání, vystoupení, opékání buřtů apod.)? Uveďte, o jaké aktivity se jedná.***

*Interpretace získaných údajů:*

15/15 dotazovaných odpovědělo, že pravidelně a **velmi často pořádají pro klienty aktivity** pro trávení volného času, kterých se mohou účastnit. Protože se jednalo o otázku s otevřenou možností odpovědi, nabídka aktivit zařízení se ukázala jako opravdu velmi pestrá. Většina zařízení nabízí klientům běžné, společně konané akce typu: opékání buřtů, společné oslavy narozenin, oslavy svátků a tradic. Do nabídky aktivit se velmi často zapojují dobrovolníci, kteří dochází do zařízení a pro klienty připravují čtení z knih, hudební a filmovou projekci, výtvarné projekty a další. Často zařízení spolupracují s mateřskými a základními školami a volný čas chodí klientům zpestřit děti s nejrůznějšími vystoupeními. Personál či dobrovolníci také zajišťují vycházky po okolí, do parku, cukrárny atd. Výjimečně se v odpovědích objevovala příprava plesů pro klienty, tanečních zábav, společných výletů. Zaujaly mě rovněž pravidelné jarmarky, bohoslužby, sportovní dopoledne, vaření, přednášky, filmový klub aj. Odpovědi již na první otázku byly velmi inspirující pro tvorbu programu pro klienty podobných zařízení. Z odpovědí rovněž vyplynulo, že více nejrůznějších aktivit je možné připravovat a je nabízeno v domovech pro seniory než v léčebnách dlouhodobě nemocných.

**Otázka číslo 2: *Jsou společně konané akce, aktivity přístupné i rodinným příslušníkům klientů?***

*Interpretace získaných údajů:*

8/15 dotazovaných odpovědělo, že veškeré aktivity, pořádané pro klienty, **jsou přístupné i rodinným příslušníkům**.

2/15 odpovědí zněly, že akce **jsou** rodinným příslušníkům **přístupné většinou**.

5/15 odpovědí poukazovaly na fakt, že značná část aktivit **většinou není** přístupná rodinným příslušníkům klientů.

*Komentář k prvnímu okruhu otázek:*

První okruh otázek se zaměřoval na obecné možnosti trávení volného času klientů. Příjemně mě překvapila opravdu pestrá nabídka aktivit, která zařízení pořádají. V rámci dotazníku jsem nezjišťovala dále, zda se aktivit účastní všichni klienti, tedy i klienti s nemocí v terminálním stádiu, ale možnost jistě mají. Když si představím, že zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných může být velké procento klientů umírajících, velmi mě těší získaná data o nabídce aktivit. Druhá otázka z prvního okruhu otázek pro mě nebyla již tak příjemně překvapující. Je zcela zřejmé, že nejen klienti hospicové péče, klienti umírající, ale rovněž senioři v pokročilém věku potřebují mít v této fázi života u sebe blízké osoby, příbuzné, známé. Jejich kontaktu s rodinou by nemělo nic bránit. Například v hospicové péči je jedním z bodů kvalitní péče fakt, že rodinní příslušníci mohou být s klientem kdykoliv, dokonce mohou být v zařízení samotném ubytováni, aby byli nablízku. Z tohoto pohledu mě trochu zaskočilo, že v některých zařízeních nemají rodinní příslušníci většinou možnost trávit se svým blízkým hezké chvílky, například při společných akcích, které zařízení organizuje. Rozhodně není na místě taková zařízení odsuzovat, protože nevíme, jaké důvody k takovému rozhodnutí mají, myslím však, že bude zajímavé tyto odpovědi porovnávat se zařízeními hospicové péče.

Již v otázce trávení volného času klientů se ve dvou případech vyskytly odpovědi, které odkazovaly na podpůrné terapie praktikované v zařízeních. Jednalo se o canisterapii a muzikoterapii. Blíže jsem se na podpůrné terapie zaměřovala v dalších okruzích. Nejprve jsem se v rámci druhého okruhu otázek poptávala na možnosti účasti klientů na muzikoterapii.

### **Druhý okruh otázek**

Ve druhém okruhu otázek zjišťujeme, jak je v oslovených zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné rozšířená práce s hudbou, konkrétněji přímo využívání muzikoterapie.

Z 15 přijatých odpovědí jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 3: *Máte ve Vašem zařízení zkušenosti s využíváním hudby pro aktivizaci, nebo naopak relaxaci klientů, trávení jejich volného času?***

Interpretace získaných údajů:

15/15 odpovědí vyznělo velmi kladně. Všechna z oslovených zařízení nějakým způsobem **využívají hudbu** pro aktivizaci klientů.

**Otázka č. 4: *Pokud ANO, prosím запиšte podrobněji, jakým způsobem je nejčastěji hudba využívána? (individuální/skupinová reprodukce hudby, využití hudebních nástrojů, koncerty, zpěv apod...)***

Interpretace získaných údajů:

Otevřená možnost odpovědi odkryla následující nabídku využívání hudby pro aktivizaci klientů:

Muzikoterapie, sjednaná smlouva na muzikoterapii, koncerty, společný zpěv, individuální i skupinová reprodukce, společné hraní na jednoduché hudební nástroje, hudební vystoupení dětí, pouštění hudebních TV programů, skupinové a individuální relaxace, poslech vážné hudby s autobiografií skladatele.

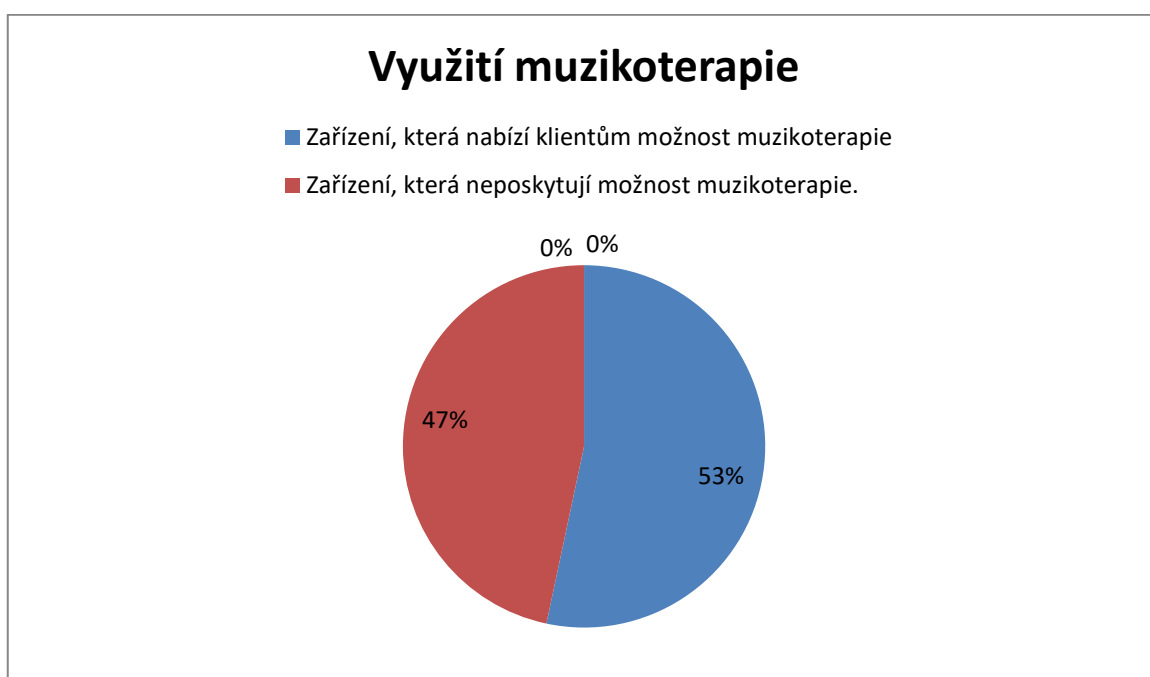
**Otázka č. 5: *Profiluje se Vaše zařízení nabídkou muzikoterapie pro své klienty? (Je tato činnost uvedena v nabídce služeb například na internetových stránkách zařízení či v letácích apod.)***

Interpretace získaných údajů:

8/15 zařízení se **profiluje nabídkou muzikoterapie**, kterou nabízí svým klientům.

7/15 zařízení možnost muzikoterapie klientům **nenabízí**.

**Graf 1 Využívání muzikoterapie v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné v ČR.**



**Otázka č. 6: Vede muzikoterapii školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu, který není v této oblasti proškolen?**

Interpretace získaných údajů:

4/8 zařízení, která klientům nabízí muzikoterapii, odpověděla, že muzikoterapii u nich vede **školený** terapeut.

Ve dvou zařízeních se jedná o externího pracovníka, který do zařízení dochází. Ve dvou zařízeních vede muzikoterapii personál, který je v této oblasti patřičně vyškolen.

4/8 zařízení nabízí klientům muzikoterapii, ovšem jedná se spíše o **iniciativu personálu či dobrovolníků**, kteří nejsou v oblasti muzikoterapie vyškoleni.

**Otázka č. 7: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

Interpretace získaných údajů:

5/8 zařízení, která profilují nabídkou muzikoterapie, **umožňují** rodinným příslušníkům přístup na konanou podpůrnou terapii.

3/8 odpovědí naopak poukazují na to, že rodinní příslušníci se terapie **nemohou zúčastnit**.

Komentář k druhému okruhu otázek:

Otázkami z druhého bloku dotazníkového šetření jsem sledovala nabídku muzikoterapie v zařízeních domovů pro seniory a léčených dlouhodobě nemocných. Otázkami byly částečně potvrzeny výzkumné teze, zadané pro hlavní výzkumné šetření v zařízeních hospicové péče. Ukázalo se, že i v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné, je celkem rozšířena nabídka muzikoterapie pro klienty. Více jak polovina oslovených zařízení takovou činností profiluje. Ovšem, v polovině zařízení, které nabízí aktivitu, je muzikoterapie organizována a vedena personálem necertifikovaným v oblasti muzikoterapie. Tímto samozřejmě rozhodně nezpochybňuji kvalitu a úroveň muzikoterapeutických setkání, která jsou konána pod záštitou nevyškoleného personálu. Spíše bych ráda poukázala na snahu, kterou jednotlivá zařízení projevují v oblasti rozšiřování nabídky aktivit pro své klienty.

Prekvapivý je fakt, že v některých zařízeních, kde probíhá muzikoterapie, však tato činnost není přístupná rodinným příslušníkům klientů, což opět příliš nerespektuje znaky a rozsah paliativní péče, ve smyslu spolupráce s rodinou u osob umírajících. Jsem si vědoma, že v zařízeních, která zahrnoval předvýzkum, nemusí být poskytována paliativní péče v první řadě, ovšem je nezpochybnitelné, že i v takových zařízeních se mohou lidé umírající v roli klientů objevovat vcelku často.

### **Třetí okruh otázek**

Třetí okruh otázek se zaměřuje na využívání výtvarných technik pro aktivizaci seniorů a dlouhodobě nemocných a možnosti poskytování arteterapie.

Z 15 přijatých odpovědí jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 8:** *Máte ve Vašem zařízení zkušenosti s využíváním výtvarných technik pro aktivizaci, nebo naopak relaxaci klientů, trávení jejich volného času?*

Interpretace získaných údajů:

13/15 dotazovaných odpovědělo, že výtvarné techniky jsou u jejich klientů **rozšířené**.

1/15 odpovědí vyzněla v opačném duchu, tedy, že výtvarné techniky pro aktivizaci klientů v **zařízení nevyužívají**.

1/15 respondentů na otázku **neodpověděl**.

**Otázka č. 9:** *Pokud ANO, prosím запиšte podrobněji, jakým způsobem jsou nejčastěji výtvarné techniky využívány? (individuální/skupinová, práce s přírodním materiálem, kresba, jiné výtvarné techniky, mandaly, práce s barvou apod...)*

Interpretace získaných údajů:

Otevřená možnost odpovědi odkryla následující nabídku využívání hudby pro aktivizaci klientů:

Práce s přírodními materiály- vždy skupinová, skupinová práce- enkaustika, malba či kresba na zadané téma, mandaly, individuální i skupinová práce s vodovými barvami, temperovými barvami, práce s papírem, šití pro rozvoj jemné motoriky, skupinová práce pod vedením akademického malíře.

**Otázka č. 10:** *Profiluje se Vaše zařízení nabídkou arteterapie pro své klienty? (Je tato činnost uvedena v nabídce služeb například na internetových stránkách zařízení či v letácích apod.)*

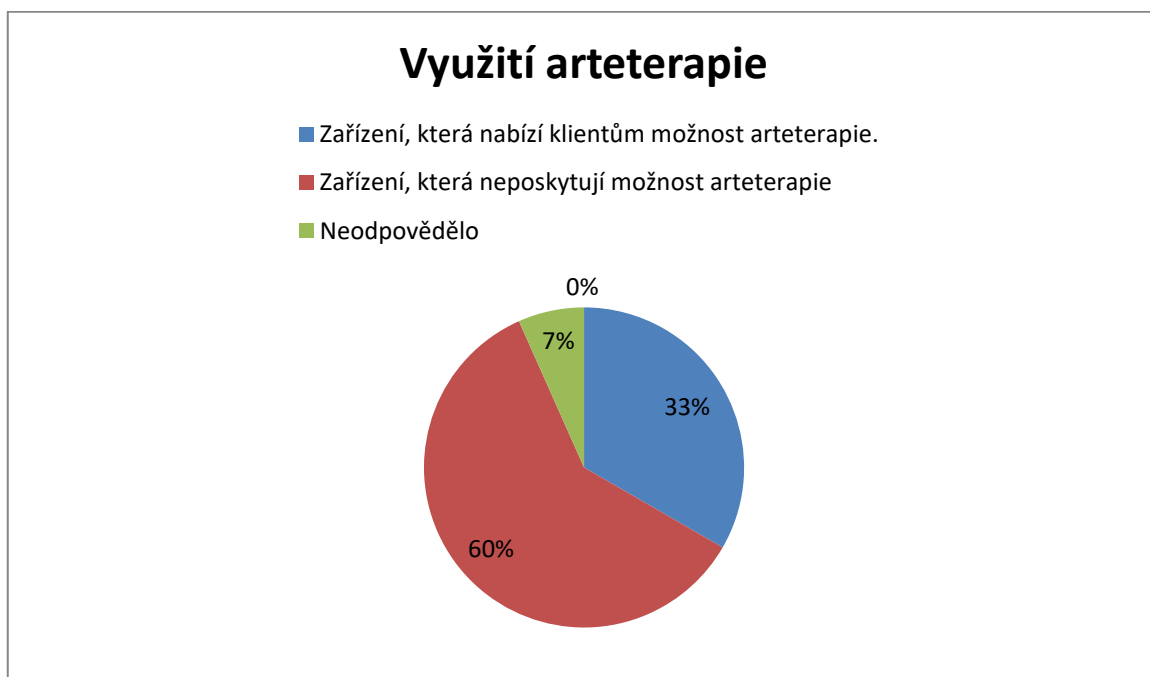
Interpretace získaných údajů:

5/15 respondentů se vyjádřilo k otázce pozitivně, jejich zařízení tak **profilují** nabídkou arteterapie.

9/15 odpovědí však ukázaly, že ve většině oslovených zařízení **není arteterapie poskytována**.

1/15 dotazovaných na otázku **neodpověděl**.

Graf 2 **Využívání arteterapie v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné v ČR.**



**Otázka č. 11: Vede arteterapii školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu zařízení, který není v této oblasti proškolen?**

Interpretace získaných údajů:

4/5 zařízení, která profilují nabídkou arteterapie, poskytují tuto činnost **pod vedením vyškoleného personálu** v oblasti arteterapie.

1/5 zařízení profiluje arteterapii, kterou však vede **sociální pracovníce bez jakéhokoliv školení**, kurzu arteterapie.

**Otázka č. 12: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

Interpretace získaných údajů:

Ve 4/5 případů se **mohou** rodinní příslušníci terapie **účastnit**.

V 1/5 zařízení je taková možnost klientům a jejich rodinným příslušníkům **odepřena**.

Komentář ke třetímu okruhu otázek:

Z přijatých odpovědí je patrné, že výtvarné techniky jsou obecně v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné velmi rozšířenou denní aktivitou. Už podstatně menší procento zařízení však výtvarné aktivity a potenciálu klientů využívají v rámci arteterapie. Pokud však zařízení profilují nabídkou arteterapie (5/15), vede ji povětšinou vyškolený terapeut (pouze v jednom případě tomu tak není) a je volně přístupná rodinným příslušníkům (pouze v jednom případě tomu tak není). Zařízení možná nemají tendenci se přímo pouštět do arteterapií z důvodů, že mnohdy různé výtvarné aktivity vedou dobrovolníci či samotní neškolení pracovníci. Každý se s klienty pouští do něčeho, co umí, co ho baví, a tak společně tráví příjemné chvíle, když se vyloženě nejedná o terapii.

**Čtvrtý okruh otázek**

Čtvrtý okruh otázek je zaměřen na nabídku využití knih a textů v denní péči o seniory a dlouhodobě nemocné a konkrétněji na poskytování biblioterapie.

Z 15 přijatých odpovědí jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 13: Využíváte pro aktivizaci, relaxaci klientů, trávení volného času klientů čtení knih, biblických textů, jiných textů?**



Interpretace získaných údajů:

14/15 dotazovaných uvedlo, že v rámci péče o klienty **pracují s knihami, nejrůznějšími texty.**

1/15 respondentů uvedl, že v jejich zařízení taková **nabídka činností není.**

**Otázka č. 14: Pokud ANO, prosím запиšte podrobněji, jakým způsobem jsou nejčastěji knihy, příběhy apod. využívány? (individuálně/skupinově, předčítání z knih, práce s textem, práce s básněmi, čtení dobrovolníků, apod...)**

Interpretace získaných údajů:

Otevřená možnost odpovědi odkryla následující nabídku využívání knih a textů pro aktivizaci klientů:

Skupinové předčítání z knih, individuální předčítání oblíbené knihy (1x týdně nebo předčítání s dobrovolníky), skupinové předčítání z novin a časopisů, pouštění namluvených knih na CD, předčítání biblických textů na bohoslužbách.

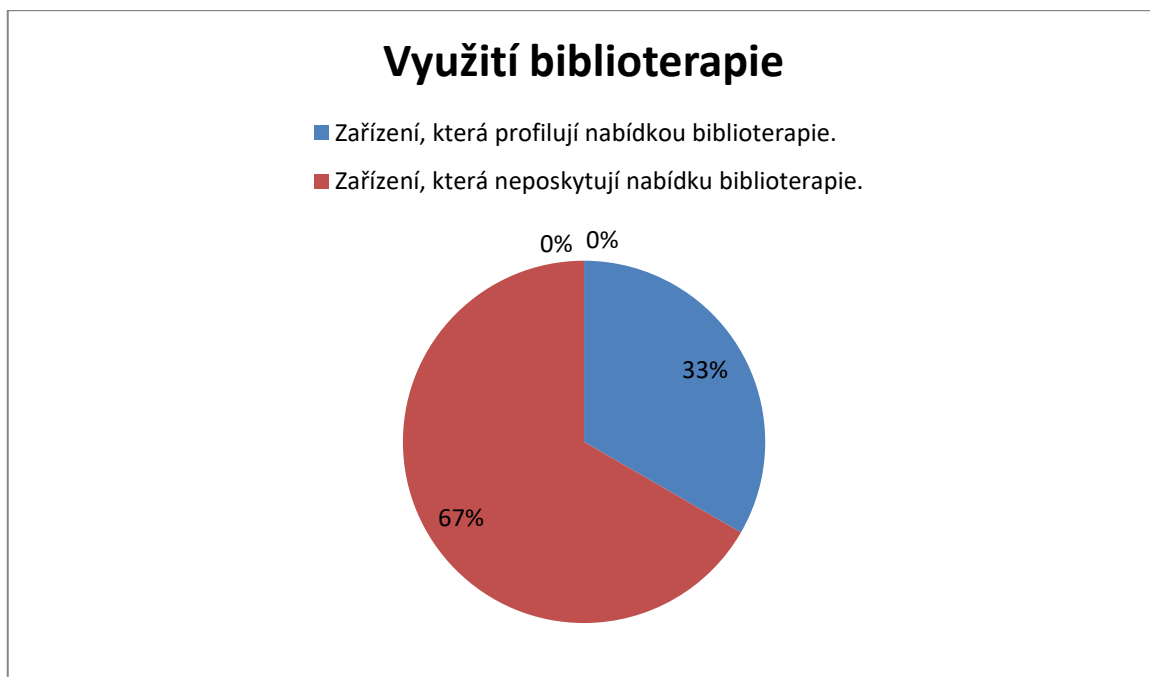
**Otázka č. 15: Profiluje se Vaše zařízení nabídkou biblioterapie pro své klienty? (Je tato činnost uvedena v nabídce služeb například na internetových stránkách zařízení či v letácích apod.)**

Interpretace získaných údajů:

5/15 zařízení péče o seniory a dlouhodobě nemocné **profiluje nabídkou biblioterapie.**

10/15 stejně zaměřených zařízení takovou nabídku klientům **nenabízí.**

**Graf 3 Využívání biblioterapie v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné v ČR.**



**Otázka č. 16: Vede biblioterapii školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu zařízení?**

Interpretace získaných údajů:

5/5 zařízení, která profilují nabídkou biblioterapie, však tuto činnost klientům nabízí pod vedením **personálu, který ji vede z vlastní iniciativy, neprošel žádným kurzem či školením** z oblasti biblioterapie.

**Otázka č. 17: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

Interpretace získaných údajů:

3/5 zařízení vedou biblioterapii, která **je přístupná** i rodinným příslušníkům klientů.

2/5 zařízení pořádají biblioterapii jen pro své klienty, **bez možnosti účasti rodinných příslušníků.**

#### Komentář ke čtvrtému okruhu otázek:

U biblioterapie je to podobné jako u arteterapie. Obecně klienti velmi rádi pracují s knihami, texty, ovšem děje se tak povětšinou na úrovni předčítání textů dobrovolníky, rodinnými příslušníky či neškoleným personálem. Cíleně nejsou texty a knihy mnoho využívány v rámci terapií. Biblioterapie není tak rozšířenou oblastí podpůrných terapií. Vypovídá o tom i fakt, že v zařízeních, která biblioterapii poskytují, je tato terapie vedena vždy pouze neproškoleným personálem. V podstatě se tedy jedná o stejnou činnost, jako v zařízeních, která biblioterapii neprofilují, pouze klienty aktivizují za pomoci knih a textů.

#### Pátý okruh otázek

Pátým okruhem otázek sledujeme, zda v oslovených zařízeních jsou využívány v rámci terapie a stimulace klientů prvky Snoezelenu či bazální stimulace.

Z 15 přijatých odpovědí jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 18: Využíváte v rámci péče o klienty konceptu Snoezelenu či bazální stimulace?**

#### Interpretace získaných údajů:

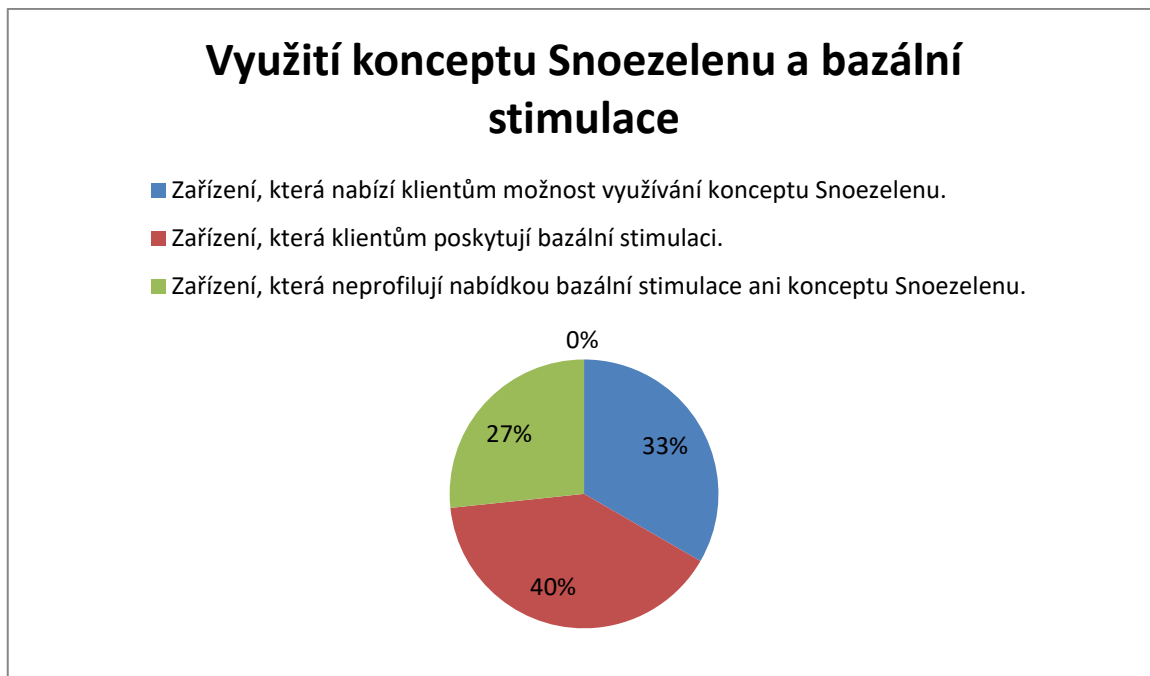
5/15 zařízení péče o seniory či dlouhodobě nemocné **disponuje zavedením konceptu Snoezelenu** v rámci denní péče o seniory a dlouhodobě nemocné.

6/15 zařízení zajišťuje svým klientům **bazální stimulaci**.

Přičemž 4 zařízení nabízí jak bazální stimulaci tak i využití konceptu Snoezelenu.

4/15 zařízení **nevyužívá** v rámci péče o klienty konceptu Snoezelenu ani bazální stimulace.

**Graf 4 Využívání konceptu Snoezelenu či bazální stimulace v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné v ČR.**



**Otázka č. 19: Profilujete vlastní místnosti Snoezelenu?**

Interpretace získaných údajů:

3/11 zařízení, které **poskytují** svým klientům terapii a stimulaci v rámci konceptu Snoezelenu, mají pro tyto účely zřízenou rovněž vlastní místnost s prvky Snoezelenu.

2/11 zařízení **podobnou místnost právě postupně realizují**, vybavují a připravují pro použití.

6/11 zařízení **bohužel nemá možnosti zřídit vlastní místnost** Snoezelenu.

**Otázka č. 20: Vede klienty v rámci konceptu Snoezelenu či bazální stimulace školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu zařízení?**

Interpretace získaných údajů:

7/11 respondentů na tuto otázku odpověděli, že v rámci využívání konceptu Snoezelenu či bazální stimulace, **je v zařízení přítomný vyškolený terapeut.**

4/11 dotazovaných odpověděli, že terapie a stimulace podobného typu **nevede školený terapeut**, pouze nevyškolený personál či dobrovolníci.

**Otázka č. 21: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

Interpretace získaných údajů:

8/11 odpovědí, které byly zaznamenány ze zařízení poskytujících koncept Snoezelen či bazální stimulaci, překvapivě poukázaly na fakt, že při využívání konceptu Snoezelenu či bazální stimulace **nemohou být společně s klienty přítomni** rovněž rodinní příslušníci.

3/11 zařízení, které poskytují nabídku bazální stimulace či konceptu Snoezelenu, potvrdily, že se terapií a stimulací **mohou účastnit i rodinní příslušníci.**

Komentář k pátému okruhu otázek:

Velmi překvapivé výsledky poskytl pátý okruh otázek, kterým jsem se zaměřovala na nabídku poskytování bazální stimulace či konceptu Snoezelenu v zařízeních péče o seniory a dlouhodobě nemocné. Tyto terapie a stimulace se v podobných zařízeních ukázaly jako velmi rozšířené (celkově jedenáct zařízení nabízí klientům možnost využívání bazální stimulace či konceptu Snoezelenu). V odpovědích zařízení, které neprofilují těmito stimulacemi, zazněla alespoň tendence k zavádění stimulací. Možná se jedná o aktuální trend, který je příliš mladý na to, aby si zařízení byla zcela jista vhodností a správností poskytování daných stimulací, neboť fakt, že drtivá většina

(8/11) zařízení, která poskytují zmiňované stimulační, neumožňuje přítomnost rodinných příslušníků při stimulačních samotných, již není tolik překvapivá v dobrém slova smyslu.

### **Šestý okruh otázek**

Šestý okruh disponuje otázkami, které se zajímají o širší nabídku podpůrných terapií, které mohou být poskytovány v zařízeních péče o seniory či dlouhodobě nemocné. Dále se v rámci tohoto bloku zajímám o možný náhled pracovníků oslovených zařízení na využití různých podpůrných terapií a stimulací v péči o seniory či dlouhodobě nemocné. Respondenti se mají možnost vyjadřovat například k tomu, jaké druhy terapií či stimulací by v jejich zařízení uvítali, o jaké denní služby by rádi rozšířili svou nabídku aktivit.

Z 15 přijatých odpovědí jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 22:** *Nabízíte klientům jiné druhy zajímavých aktivit v rámci naplňování volného času klientů, o které byste se rádi podělili? Napište jejich stručný popis (probíhají individuálně, skupinově, jak často, kdo je vede?)*

#### **Interpretace získaných údajů:**

Otevřená možnost odpovědi odkryla následující nabídku aktivit:

Kondiční cvičení vedené fyzioterapeutem, fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, reminiscenční terapie skupinová i individuální, skupinový trénink kognitivních funkcí, canisterapie, ergoterapie, animoterapie, bohoslužby a mše, pečení, cestování po mapě, trénink paměti, dámský a pánský klub.

6/15 respondentů na otázku odpovědělo, že jejich zařízení **nenabízí** žádné další aktivity.

**Otázka č. 23:** *Jaký je Váš osobní názor, jako pracovníka zařízení péče o seniory či dlouhodobě nemocné, na využívání podpůrných terapií u klientů této péče? Chtěli byste do budoucna rozšířit služby o některé zmiňované terapie?*

### Interpretace získaných údajů:

V rámci zadané otázky se odpovědi vcelku lišily podle toho, zda se jednalo o zařízení péče o seniory či léčebnu dlouhodobě nemocných. Proto nyní je i interpretace výsledků rozdělena podle daných dvou typů zařízení.

### Léčebny dlouhodobě nemocných (oslovených zařízení: 4)

Oslovení respondenti odpovídali následovně:

2/4 dotazovaných odpověděli, že podpůrné terapie jejich zařízení celkově **hodnotí pozitivně**, jejich využití však velmi závisí na individuálním zdravotním stavu klienta. V budoucnu plánují **rozšíření nabídky podpůrných terapií či stimulací** a také vyškolení personálu v této oblasti.

1/4 respondentů zhodnotil podpůrné terapie v zařízeních léčeben dlouhodobě nemocných jako **ztěžka využitelné** vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů. Do budoucna tedy jejich zařízení neplánuje rozšiřovat nabídku podpůrných terapií. V odpovědi je dále zdůrazněn často nulový zájem o jakoukoliv aktivitu ze strany klientů, k čemuž je samozřejmě nutné přihlížet.

„Jsme následná péče a je nutné přihlížet na zdravotní stav klientů, který mnohdy neumožňuje využívání ani základních služeb a aktivit, které nabízíme.“

1/4 odpovědí vyzněla **pozitivním pohledem na využívání podpůrných terapií** v zařízeních dlouhodobě nemocných, bohužel však dotazovaný uvedl, že v jejich zařízení momentálně **nejsou vhodné prostředky** na rozšiřování nabídky podpůrných terapií.

### Zařízení péče o seniory (oslovených zařízení: 11)

Oslovení respondenti odpovídali následovně:

3/11 respondentů odpověděli, že v jejich zařízeních prozatím **neuvažují** o dalším rozšíření nabídky podpůrných terapií.

1/11 odpovědí vyzněla **pozitivně vzhledem k využívání podpůrných terapií v zařízeních podobného typu**, ovšem nyní **nedisponují dostatkem prostředků** pro zavádění dalších podpůrných terapií.

7/11 oslovených zařízení by **rádo určitě do budoucna rozšířilo nabídku podpůrných terapií** **či** **stimulací.**

Podle slov jednoho z respondentů: „využívání podpůrných terapií má nezastupitelnou roli v celkové péči o klienty.“ Často je v odpovědích zdůrazňován individuální přístup ke klientům a jejich zájem o podobné aktivity, podle kterého se veškerý denní program klientů řídí.

V jednom z konkrétně oslovených zařízení péče o seniory uvedli, že využívají lůžka s paliativní péčí. Pokud to umožňuje stav pacientů, „snaží se je aktivně zapojit do všech podpůrných terapií a celkově aktivit, které zařízení poskytuje. Nejčastěji využívaná je tělesná rehabilitace, muzikoterapie, canisterapie a biblioterapie.“ Podle slov osloveného pracovníka zařízení „se ukázala velmi účinná práce se skupinou klientů podle bazální stimulace. Nejčastěji je pak využívána možnost somatické koupele a následné stimulace tělesné, ale i například optické.“

Další z přijatých odpovědí, které hodnotí kladně přínos podpůrných terapií pro klienty zařízení pro seniory:

„Po zavedení jakékoliv podpůrné terapie je nejprve nedůvěřivost ze strany klientů i personálu, později klienty i samotné pracovníky k aktivitě přivádí zvědavost, zvyk a nakonec už se nikdo nepozastavuje nad jednotlivými terapiemi a klienti jsou spokojeni.“

„V našem zařízení využíváme podpůrné terapie a je o ně veliký zájem, chceme i dále rozšiřovat jejich nabídku.“

„Jakákoliv aktivizace je velmi přínosná.“



**Otázka č. 24: O které konkrétní podpůrné terapie byste rádi rozšířili svou nabídku služeb a otevřeli tím svým klientům další možnosti?**

Interpretace získaných údajů:

Otevřená možnost odpovědi přinesla následující návrhy rozšíření denní péče o klienty v oslovených zařízeních:

Rozšíření konceptu bazální stimulace, aromaterapie, více muzikoterapie, více ergoterapie, relaxační místnosti, Snoezelen.

6/15 zařízení **nevidí nutnost v rozšiřování** jejich **nabídky** aktivit.

Komentář k šestému okruhu otázek:

Nabídka denních aktivit, které mají možnost využívat klienti zařízení péče o seniory a dlouhodobě nemocné je obecně velmi pestrá. Podle vlastní teze bude zřejmě obsáhlejší než v zařízeních hospicové péče. To je přirozené. Zařízení péče o seniory a dlouhodobě nemocné ubytovává širší cílovou skupinu klientů, povětšinou na delší dobu a takových zařízení je také, v poměru s hospicovými zařízeními, více. Rozšiřování nabídky podpůrných terapií a stimulací tak pochopitelně bude probíhat pravděpodobněji než v zařízeních hospicové péče. Pokud v budoucnu budou vhodné prostředky, rádi by se o rozšíření nabídky pokusily tři zařízení ze čtyř oslovených léčeben dlouhodobě nemocných a osm z jedenácti oslovených zařízení péče o seniory. Vzhledem ke stálému stárnutí populace, jsou podobná zařízení v současné době, hojně využívána. Z vlastní zkušenosti možná každý z nás tuší, že o místa v podobných zařízeních je opravdu veliký zájem a možná i to je důvod k rozšiřování celkové profilace zařízení s ohledem na zkvalitňování služeb v jednotlivých zařízeních.

#### **8.4.1.2 Samotný výzkum**

##### **➤ Administrace dotazníků**

Dotazník byl rozeslán do třiceti zařízení hospicové péče na území České republiky a do patnácti zařízení hospicové péče na území Slovenské republiky.

Zařízení byla vybrána náhodným způsobem tak, aby bylo možné posuzovat situaci na území celé České republiky a Slovenské republiky.

Výběr zařízení probíhal přes *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb- veřejná část* na webových stránkách [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz), je možné říci, že všechna oslovená zařízení byla v době provádění výzkumu zapsána v tomto dokumentu. Seznam hospiců Slovenské republiky jsem čerpala z webových stránek [www.hospice.sk](http://www.hospice.sk). Zde jistě není k nalezení kompletní seznam hospiců na území Slovenské republiky, pro účely výzkumného šetření jsem však čerpala z tohoto zdroje, neboť mi poskytl dostatek kontaktů na příslušná zařízení.

Dotazník byl rozeslán pouze do zařízení hospicové péče, která poskytují služby hospicové péče domácí a pobytové. Elektronickou poštou byl zaslán průvodní dopis a odkaz na vyplnění dotazníku přes webovou stránku. Přesto, že respondenti měli možnost vyplnit dotazník přes internetový nástroj pro tvorbu dotazníků, odpovědi přicházely i elektronickou poštou, tedy některé odpovědi byly odeslány přímo do emailové schránky.

### ➤ **Vyhodnocení dotazníků**

Dotazník byl rozeslán do třiceti zařízení hospicové péče nadzemí České republiky a do patnácti zařízení hospicové péče na území Slovenské republiky. Z celkového počtu bylo sedmnáct dotazníků vyplněno pracovníky hospicové péče v České republice a čtyři dotazníky byly vyplněny na území Slovenské republiky a odeslány zpět k vyhodnocení. Dotazníky jsou zpracovány dle jednotlivých okruhů, které již byly rozděleny výše.

První otázka dotazníku spadá pod první okruh otázek, který se týká obecně trávení volného času klientů hospicové péče.

#### **První okruh otázek:**

Ze 17 přijatých odpovědí z České republiky a 4 přijatých odpovědí ze Slovenské republiky jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 1: *Pořádáte pro své klienty pravidelné kulturní akce (pravidelná společná setkání, vystoupení, opékání buřtů apod.)? Uveďte, o jaké aktivity se jedná.***

Interpretace získaných údajů:

15/17 respondentů v České republice odpovědělo, že jejich zařízení **poskytuje pravidelné kulturní akce**, nejrůznější setkání a pořádá aktivity v rámci trávení volného času klientů.

1/17 dotazovaných na tuto otázku **neodpověděl**.

1/17 zařízení zaslalo odpověď, že v jejich zařízení se konaly pravidelné akce dříve, nyní již podobné aktivity **nejdou klientům k dispozici**.

4/4 respondentů, oslovených v rámci Slovenské republiky, odpovědělo, že jejich zařízení **poskytují pravidelné kulturní akce** a jejich nabídka je rovněž pestrá.

Protože se jednalo o otázku s otevřenou možností odpovědi, dat, která vypovídala o nabídce aktivit v zařízeních hospicové péče, bylo opravdu mnoho. Ze zaslaných bych ráda nastínila alespoň následující:

Výtvarné dílny, koncerty, přednášky (i pro rodinné příslušníky), zábavné hry, opékání buřtů, mikulášská nadílka, vánoční koncerty, společné návštěvy kavárny, vystoupení žáků základních a mateřských škol, zpívanky, plesy, rej čarodějnic apod.

Dále se jedná například o „*opekanie, výstava ovocia a zeleniny, pečeni medovníkov a ďalší*.“

**Otázka č. 2: Jsou společně konané akce přístupné i rodinným příslušníkům klientů?**

Interpretace získaných údajů:

13/15 zařízení, na území ČR, která poskytují klientům společně organizované akce v rámci trávení jejich volného času, uvedlo, že rodinní příslušníci klientů se **běžně mohou účastnit** všech aktivit.

2/15 zařízení, uvedly, že takovou možnost rodinným příslušníkům **nabízejí většinou** (při většině aktivit).

3/4 zařízení, na území SR, rovněž **zpřístupňují aktivity i pro rodinné příslušníky**.

1/4 zařízení, na území SR, takovou možnost **poskytuje většinou** (při většině aktivit).

#### Komentář k prvnímu okruhu otázek:

První okruh otázek odhalil skutečně velké množství aktivit, která jsou pravidelně organizována v zařízeních hospicové péče. Mě samotnou tato nabídka velmi mile překvapila.

Z dostupných odpovědí je patrné, že zařízení hospicové péče rozhodně nezastávají úlohu zařízení, do kterého docházejí lidé pouze dožít, jak se mnozí s široké veřejnosti domnívají. Tato zařízení si žijí svým životem a svůj aktivní a optimistický přístup se snaží přenášet i na své klienty. Neotálejí a klientům, i v době pro ně velmi těžké, nabízejí velké množství aktivit pro trávení volného času, pro aktivizaci klientů.

Příjemným překvapením je i vysoké procento z oslovených zařízení, která veškeré aktivity zpřístupňují i rodinným příslušníkům, což zcela koresponduje se základními principy hospicové péče, tedy že důležitá je přítomnost blízkých osob.

#### Druhý okruh otázek:

Druhý okruh otázek směřoval k využívání muzikoterapie v zařízeních hospicové péče.

Ze 17 přijatých odpovědí z České republiky a 4 přijatých odpovědí ze Slovenské republiky jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 3: Máte ve Vašem zařízení zkušenosti s využíváním hudby pro aktivizaci, nebo naopak relaxaci klientů, trávení jejich volného času?**

#### Interpretace získaných údajů:

17/17 oslovených, na území ČR, odpovědělo, že v jejich zařízení **mají zkušenosti** s využíváním hudby pro aktivizaci klientů.

4/4 oslovených, na území SR, rovněž odpovědělo, že v jejich zařízení **je využívána** hudba k aktivizaci klientů.

Doplňující otázkou jsem zjišťovala, jaké mohou mít konkrétní podoby nabízené hudební aktivity. Mezi odpověďmi se objevila například následující nabídka aktivit:

Zpěv a pouštění rádia v rámci individuální domácí hospicové péče, společné koncerty, hra na klavír, harmoniku, zpívanky s kytarou, apod.

**Otázka č. 4:***Profiluje se Vaše zařízení nabídkou muzikoterapie pro své klienty? (Je tato činnost uvedena v nabídce služeb například na internetových stránkách zařízení či v letácích apod.)*

Interpretace získaných údajů:

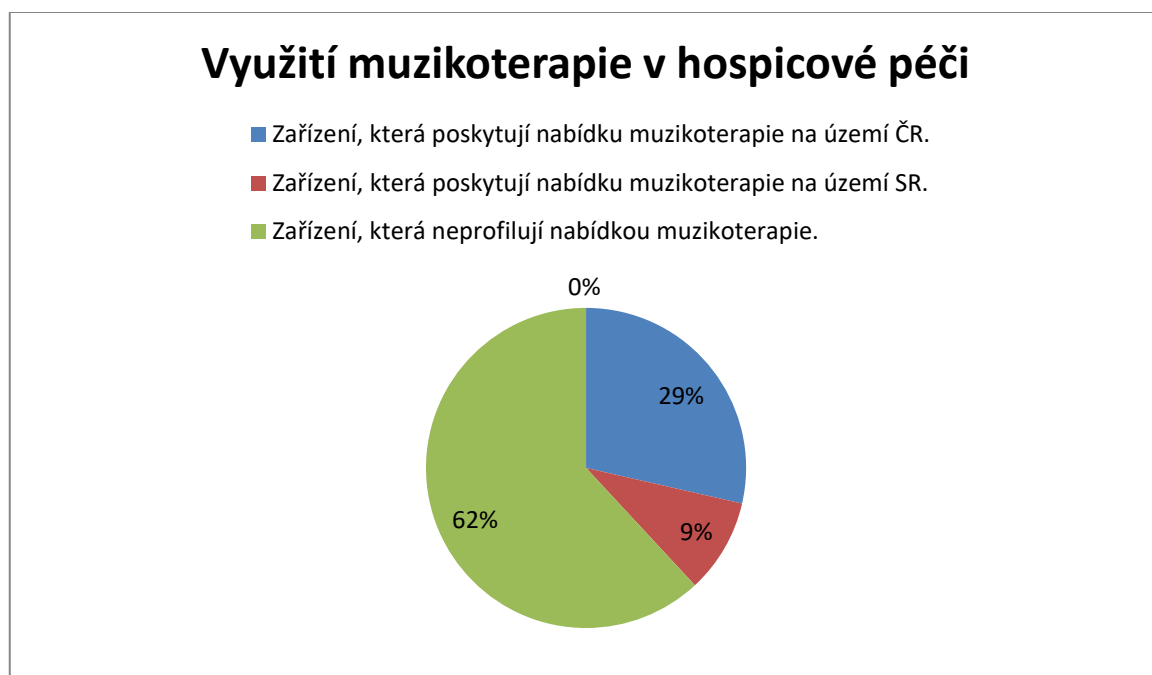
6/17 zařízení hospicové péče, na území ČR, **nabízí klientům možnost** zúčastnit se muzikoterapie.

11/17 dotazovaných, na území ČR, odpovědělo, že konkrétní muzikoterapii klientům **nenabízejí**.

2/4 zařízení hospicové péče, na území SR, **nabízí klientům možnost** zúčastnit se muzikoterapie.

2/4 dotazovaných, na území SR, odpovědělo, že konkrétní muzikoterapii klientům **nenabízejí**.

**Graf 5 Využívání muzikoterapie v zařízeních hospicové péče na území ČR a SR.**



**Otázka č. 5:** *Vede muzikoterapii školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu, který není v této oblasti proškolen?*

Interpretace získaných údajů:

2/6 zařízení, na území ČR, která klientům poskytují nabídku muzikoterapie, zároveň uvádí, že tyto terapie **jsou vedeny školenými terapeuty** v oblasti muzikoterapie.

2/6 dotazovaných odpovědělo, že terapie jsou **někdy vedeny proškolenými terapeuty, jindy pouze neproškoleným personálem** či dobrovolníky.

2/6 zařízení, na území ČR, která poskytují muzikoterapii, tuto terapii pořádají pro klienty pod vedením **neproškoleného personálu**. Jedná se tedy spíše o aktivitu samotného personálu, který tak chce rozšířit nabídku denních aktivit pro klienty.

2/2 zařízení hospicové péče, na území SR, uvedla, že jejich muzikoterapie probíhá pod **vedením vyškolených terapeutů**.

### **Otázka č. 6: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

#### Interpretace získaných údajů:

5/6 respondentů, na území ČR, odeslalo k vyhodnocení dotazníkového šetření odpověď, že v jejich případě se **vždy mohou rodinní příslušníci účastnit** muzikoterapie, která je organizována pro klienty hospicové péče.

1/6 zařízení, na území ČR, takovou možnost nabízí **většinou**.

1/2 respondentů, na území SR, odeslal k vyhodnocení dotazníkového šetření odpověď, že v jejich případě se **vždy mohou rodinní příslušníci účastnit** muzikoterapie, která je organizována pro klienty hospicové péče.

1/2 zařízení, na území SR, takovou možnost **nenabízí**.

#### Komentář k druhému okruhu otázek:

V počátku šetření bylo mou hypotézou tvrzení, že muzikoterapie bude zřejmě nejrozšířenější podpůrnou terapií, která bude v rámci hospicové péče klientům poskytována. V tomto případě však pouhých osm zařízení z jednadvaceti, klientům nabízí muzikoterapii, což není příliš. V potaz je třeba vzít také to, že každé zařízení může poskytovanou muzikoterapii definovat rozdílně. Pro někoho může muzikoterapie znamenat například pouštění rádia na pokoji klienta bez jakéhokoliv terapeutického zásahu. Přesvědčili jsme se o tom, že ne vždy je muzikoterapie vedena školenými terapeuty. V některých případech je zastupuje neškolený personál či dobrovolníci.

#### Třetí okruh otázek:

Třetím okruhem otázek jsem zjišťovala dostupnou nabídku arteterapie v zařízeních hospicové péče.

Ze 17 přijatých odpovědí z České republiky a 4 přijatých odpovědí ze Slovenské republiky jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 7:***Máte ve Vašem zařízení zkušenosti s využíváním výtvarných technik pro aktivizaci, nebo naopak relaxaci klientů, trávení jejich volného času?*

Interpretace získaných údajů:

16/17 respondentů v ČR odpovědělo, že v jejich zařízení **aktivizují své klienty nabídkou výtvarných činností**, výtvarných technik.

1/17 dotazovaných na území ČR vyjádřil svou odpověď, že v jejich zařízení **výtvarných technik není využíváno** k aktivizaci klientů.

4/4 zařízení na území SR **nabízí** klientům nejrůznější **výtvarné techniky** a činnosti k aktivizaci klientů v hospicové péči.

Doplňující otázkou jsem zjišťovala, jaké mohou být konkrétní podoby nabízených výtvarných aktivit. Mezi odpověďmi se objevila například následující nabídka:

Práce s přírodním materiálem, skupinová práce- kresby, individuální techniky dle možností klienta, modelování, omalovánky, mandaly, individuální práce s barvami, skupinová práce s keramikou.

**Otázka č. 8:***Profiluje se Vaše zařízení nabídkou arteterapie pro své klienty? (Je tato činnost uvedena v nabídce služeb například na internetových stránkách zařízení či v letácích apod.)*

Interpretace získaných údajů:

7/17 zařízení hospicové péče, na území ČR, **nabízí** klientům **arteterapii** v rámci denních aktivit.

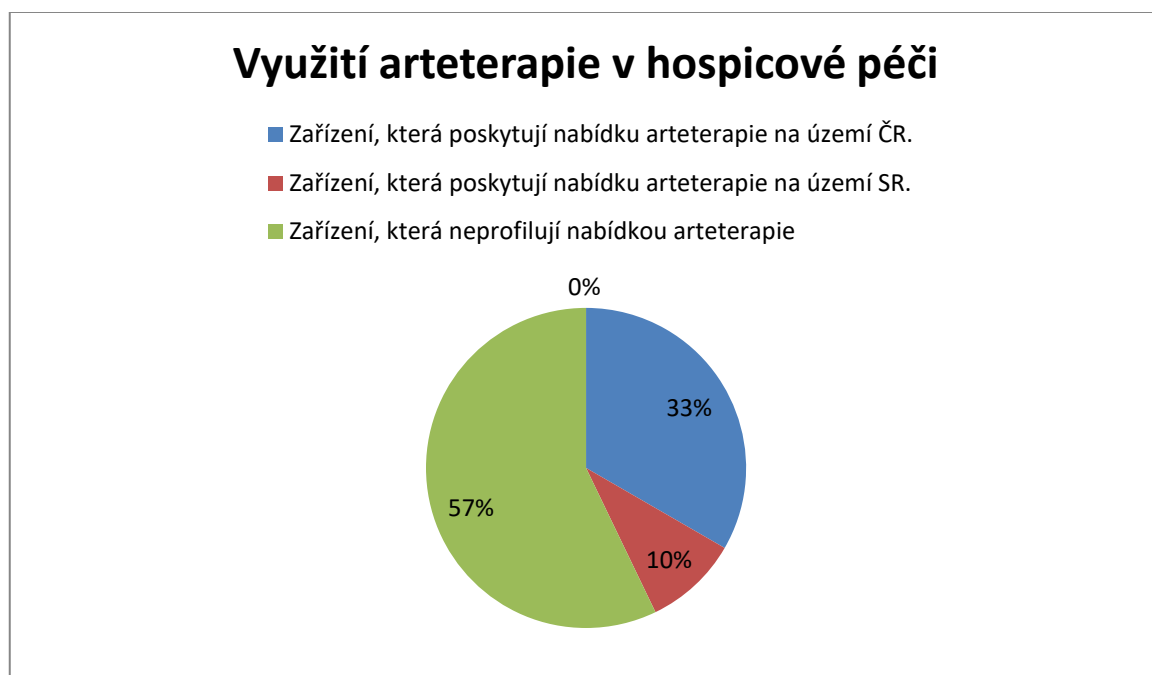
10/17 zařízení přímo **arteterapii neprofiluje**.

2/4 zařízení hospicové péče, na území SR, **nabízí** klientům **arteterapii**.

2/4 respondentů na území SR odpovědělo, že konkrétní nabídkou arteterapie jejich zařízení **neprofiluje**.



**Graf 6 Využívání arteterapie v zařízeních hospicové péče na území ČR a SR.**



**Otázka č. 9: Vede arteterapii školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu, který není v této oblasti proškolen?**

Interpretace získaných údajů:

3/7 zařízení na území ČR, které profilují nabídkou arteterapie, uvádí, že **terapie je prováděna pod vedením zkušených terapeutů**, kteří jsou v této oblasti proškoleni.

1/7 odpovědí, která byla získána v zařízení na území ČR, poukazuje na **střídání školeného personálu a neškoleného** v rámci arteterapie.

3/7 respondentů v ČR odpovědělo, že v jejich zařízení probíhá **arteterapie pod vedení neproškoleného personálu**. Jedná se například o sociální pracovníky, zdravotní sestry či dobrovolníky.

2/2 zařízení na území SR, které profilují nabídkou arteterapie, uvádí, že **terapie je prováděna pod vedením zkušených terapeutů**, kteří jsou v této oblasti proškoleni.

### **Otázka č. 10: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

#### Interpretace získaných údajů:

6/7 zařízení na území ČR, které profilují nabídkou arteterapie, uvádí, že terapií se běžně **mohou účastnit i rodinní příslušníci klientů.**

1/7 zařízení na území ČR, které profilují nabídkou arteterapie, uvádí, že terapií se **většinou mohou účastnit i rodinní příslušníci klientů.** Občas je tedy tato možnost rodinným příslušníkům odepřena.

2/2 zařízení na území SR, které profilují nabídkou arteterapie, uvádí, že terapií se běžně **mohou účastnit i rodinní příslušníci klientů.**

#### Komentář k třetímu okruhu otázek:

Z výzkumného šetření vyplynulo, že arteterapie je v oslovených zařízeních hospicové péče využívána více než muzikoterapie. Je také zřejmé, že v nepatrně více zařízeních figuruje, v rámci arteterapie, proškolený personál. I v této oblasti terapií se však ukazuje, že prozatím nemají zkoumané podpůrné terapie své pevné definiční základy a nejsou jasně vymezeny. Samozřejmě přesnou definici určit nelze, neboť metod a technik, které jsou v terapiích využívány, je nepřeberné množství a stále se rozšiřují.

Nicméně je vidět, že podpůrné terapie prozatím pozbývají jisté míry respektu, jsou brány na lehkou váhu a mnohdy je terapií označeno například jakékoliv výtvarné tvoření. Zajisté, každá kresba, aktivita v sobě, v jistém slova smyslu, nese terapeutický účinek pro toho, kdo se jí odevzdá, ovšem ne vše může být ihned nazváno arteterapií, či obecně jen terapií., „*Terapie by totiž měla být odborně vedeným procesem, který vede k psychosomatickému uzdravení či povzbuzení jedince. Přičemž terapii obvykle provádí buď lékař, nebo vyškolený terapeut*“ (Svoboda in Müller /ed./, 2014, s. 199). Z výzkumného šetření se dá snadno zjistit, že terapie mnohdy vedou i neškolení dobrovolníci, kteří přichází s touhou přiblížit se klientovi, trávit s ním volný čas, například s využitím tvořivých aktivit. Otázkou však je, zda s klientem opravdu provádí arteterapii.

#### **Čtvrtý okruh otázek:**

Čtvrtý okruh otázek se zabývá nabídkou biblioterapie v zařízeních hospicové péče na území České a Slovenské republiky.

Ze 17 přijatých odpovědí z České republiky a 4 přijatých odpovědí ze Slovenské republiky jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 11:***Využíváte pro aktivizaci, relaxaci klientů, trávení volného času čtení knih, biblických či jiných textů?*

#### **Interpretace získaných údajů:**

17/17 zařízení, na území ČR, **pracuje s klienty** formou čtení knih, biblických či jiných textů.

4/4 zařízení, na území SR, **pracuje s klienty** formou čtení knih, biblických či jiných textů.

Doplňující otázkou jsem zjišťovala, jaké mohou mít konkrétní podoby nabízené aktivity, které se týkají čtení knih, biblických či jiných textů. Mezi odpověďmi se objevila například následující nabídka:

Čtení knih, textů, novin, časopisů v domácím prostředí, individuální i skupinové čtení textů a jejich rozbor, nabídka knih z knihovny, rozbor biblických textů.

**Otázka č. 12:***Profiluje se Vaše zařízení nabídkou biblioterapie pro své klienty? (Je tato činnost uvedena v nabídce služeb například na internetových stránkách zařízení či v letácích apod.)*

#### **Interpretace získaných údajů:**

5/17 zařízení hospicové péče, na území ČR, **profiluje** nabídkou biblioterapie pro své klienty.

12/17 zařízení, na území ČR, takovou nabídkou **neprofiluje**.

1/4 zařízení hospicové péče, na území SR, **profiluje** nabídkou biblioterapie pro své klienty.

3/4 zařízení, na území SR, takovou nabídkou **neprofiluje**.

**Graf 7 Využívání biblioterapie v zařízeních hospicové péče na území ČR a SR.**



**Otázka č. 13: Vede biblioterapii školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu, který není v této oblasti proškolen?**

Interpretace získaných údajů:

2/5 pracovníků zařízení hospicové péče v ČR, ve kterých probíhá biblioterapie, uvedli, že jejich biblioterapii vede **školený terapeut**.

2/5 pracovníků zařízení hospicové péče v ČR, ve kterých probíhá biblioterapie, uvedli, že jejich biblioterapii vede **většinou školený terapeut**, občas však jeho funkci zastávají **neškolení pracovníci či dobrovolníci**.

V 1/5 zařízení vede terapii **neproškolený personál**.

1/1 pracovníků zařízení hospicové péče v SR, ve kterých probíhá biblioterapie, uvedl, že jejich biblioterapii vede **školený terapeut**.

#### **Otázka č. 14: Mohou se terapie účastnit i rodinní příslušníci?**

##### Interpretace získaných údajů:

4/5 zařízení v ČR **zpřístupňují rodinným příslušníkům** klientů biblioterapii, která je určena především klientům.

1/5 zařízení v ČR **nenabízí** rodinným příslušníkům **možnost** přítomnosti na biblioterapii.

1/1 zařízení v SR **zpřístupňují rodinným příslušníkům** klientů biblioterapii, která je určena především klientům.

##### Komentář ke čtvrtému okruhu otázek:

Přesto, že knihy a nejrůznější texty jsou hojně zařazovány do denních činností klientů hospicové péče, konkrétní prvky biblioterapie již natolik využívány nejsou. Z osobní zkušenosti a praxe vím, že mnoho dobrovolníků, nejen v souvislosti s hospicovou péčí, ale se sociálními či zdravotními službami obecně, dochází do zařízení za klienty a nejrozšířenější aktivitou, kterou zpestřují klientům volný čas, je právě četba. Četba je pro klienty nezpochybnitelně důležitá, a pokud nejsou schopni se jí věnovat samostatně, mohou být vděční za její zprostředkování. Může se jednat o texty, knihy, které je provázely jejich životy, které měli rádi, může se jednat o knihy, ve kterých je řešen nějaký problém, náročná situace, podobná té, ve které se klienti právě nacházejí. Může se jednat o četbu vzpomínkovou. Zнала jsem paní, která trpěla nevyléčitelnou nemocí Amyotrofickou laterální sklerózou. Pro tuto paní byl v posledních měsících jejího života, nepostradatelný deník, který vyprávěl o jejím životě. Do deníku si zapisovala důležité životní okamžiky a vsazovala je do krátkých příběhů. Když jsem k ní docházela jako sociální pracovnice, pokaždé deník vyndala a chtěla, abych jí z něho předčítala. Byly to pro ni důležité momenty, kdy si mohla znovu po malých částech prožívat svůj šťastný život, vzpomínat na rodinu. Nejednou mi při čtení po tvářích stékaly slzy. Tyto texty se staly biblioterapií nejen pro ni, ale i pro mě samotnou. Tímto

příkladem jsem chtěla poukázat na fakt, že každý může za biblioterapii považovat něco jiného. V našem případě se zaměřujeme na dlouhodobé terapeutické působení, které je vedeno terapeutem školeným v biblioterapii.

#### **Pátý okruh otázek:**

Pátý okruh otázek směřoval k získání údajů o využívání prvků bazální stimulace a o zkušenostech s konceptem Snoezelen v rámci hospicové péče.

Ze 17 přijatých odpovědí z České republiky a 4 přijatých odpovědí ze Slovenské republiky jsou zřejmé tyto výsledky:

**Otázka č. 15:** *Využíváte v rámci péče o klienty konceptu Snoezelenu či bazální stimulace?*

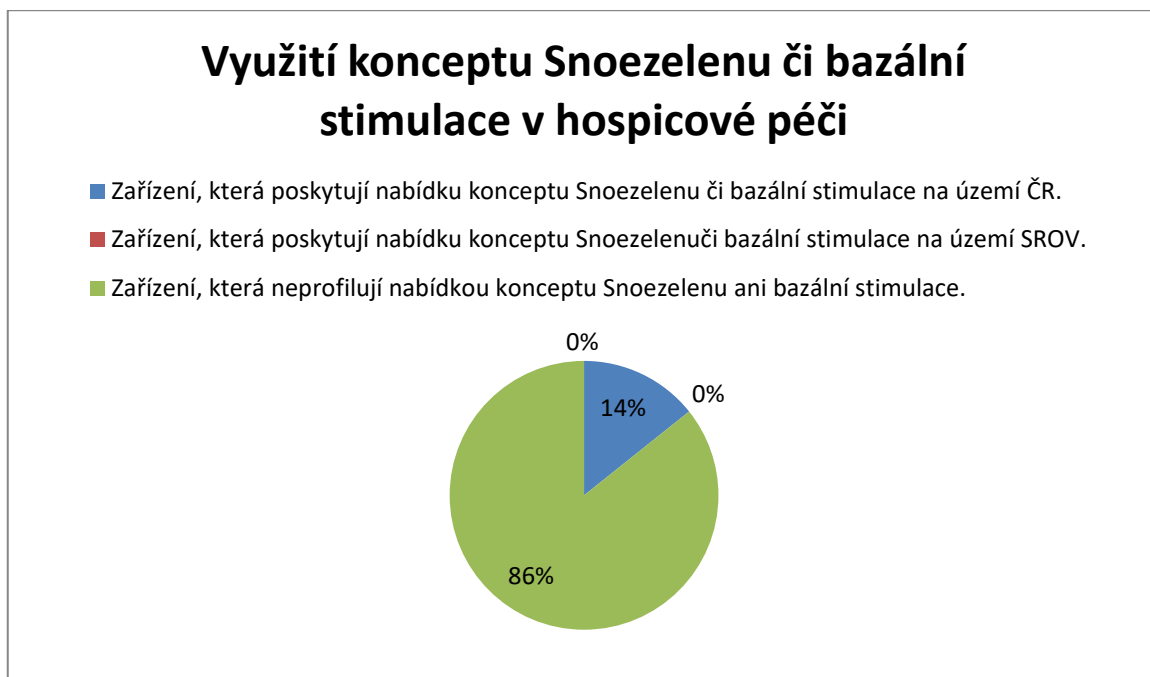
#### **Interpretace získaných údajů:**

3/17 zařízení, na území ČR, **využívá prvků** konceptu Snoezelenu či bazální stimulace jako aktivizační i relaxační aktivitu vhodnou individuálně i pro klienty hospicové péče.

14/17 zařízení, na území ČR, **nevyužívá** konceptu Snoezelenu ani bazální stimulace.

4/4 zařízení, na území SR, **nevyužívají** žádné prvky bazální stimulace ani prvků Snoezelenu.

**Graf 8 Využívání konceptu Snoezelenu a bazální stimulace v zařízeních hospicové péče na území ČR a SR.**



**Otázka č. 16: Profilujete vlastní místnosti Snoezelenu?**

Interpretace získaných údajů:

Žádné zařízení, ve kterém pro klienty připravují bazální stimulace či zařazují do aktivit prvky Snoezelenu, **neprofiluje** vlastní místnosti Snoezelenu.

**Otázka č. 17: Vede klienty v rámci konceptu Snoezelenu či bazální stimulace školený terapeut, nebo se jedná spíše o aktivitu samotného personálu zařízení?**

Interpretace získaných údajů:

3/3 zařízení, která poskytují klientům nabídku bazální stimulace či prvků Snoezelenu, uvedla, že tyto stimulace vede **školený terapeut**.

### **Otázka č. 18: Mohou se stimulační účastníci i rodinní příslušníci klientů?**

#### Interpretace získaných údajů:

Ani v jednom z oslovených zařízení, která klientům poskytují možnost stimulace bazální stimulací či konceptem Snoezelen, **není možné**, aby byl při stimulaci, terapii, **přítomen rodinný příslušník**.

#### Komentář k pátému okruhu otázek:

Tento okruh otázek, zaměřený na bazální stimulaci a koncept Snoezelen, byl pro mě velkým překvapením. Musím říci, že původně bylo mým záměrem, zaměřit výzkumné šetření pouze na tyto dva druhy stimulací. Vycházela jsem ze studií Velké Británie, kde je bazální stimulace a koncept Snoezelen v hospicové péči již hojně využíván. V České a Slovenské republice zatím nejsou jmenované stimulační metody tolik rozšířeny v souvislosti s hospicovou péčí. Alespoň známky snahy o rozšíření nabídky terapií a stimulací a tyto dvě aktivity, byly zaznamenány ve třech zařízeních na území ČR. Nemilým zjištěním bylo, že ve všech třech případech se stimulační metody konají bez účasti rodinných příslušníků klientů.

#### Šestý okruh otázek

Šestý okruh otázek nabídl otázky k tématu doplňující. Díky těm, jsem se mohla dozvědět více o obecném pohledu pracovníků zařízení hospicové péče na podpůrné terapie a jejich poskytování klientům na sklonku života. Odpovědi odhalily tendence k rozšiřování nabídky podpůrných terapií a stimulací v hospicové péči. Rovněž jsem do daného bloku otázek zařadila i návrhy, inspirace pracovníků hospicové péče na nabídku terapií, které v předchozích otázkách nezazněly.

Ze 17 přijatých odpovědí z České republiky a 4 přijatých odpovědí ze Slovenské republiky jsou zřejmé tyto výsledky:



**Otázka č. 19: Nabízíte klientům jiné druhy zajímavých aktivit, terapií, stimulací, v rámci aktivizace klientů, o které byste se rádi podělili?**

Interpretace získaných údajů:

Jelikož se jednalo o otevřenou možnost odpovědi, otázka odkryla velmi pestrou nabídku aktivit, kterou zařízení hospicové péče dále poskytují svým klientům:

Terapie hrou (nejrůznější stolní hry), zooterapie (rybičky a ptáci), canisterapie, využívání čajovny, terasy pro posezení s rodinou a přáteli, půjčovna knih, zimní zahrada s papoušky, terapie fotografiemi, využívání kufríkových pomůcek pro terapii (míčky, pomůcky pro cvičení), ergoterapie.

**Otázka č. 20: Jaký je Váš osobní názor, jako pracovníka hospicové péče, na využívání podpůrných terapií u klientů paliativní péče? Rozšířili byste do budoucna služby o některé nové terapie?**

Interpretace získaných údajů:

8/17 zařízení hospicové péče, na území ČR, odpovídalo **pozitivně** ve slova smyslu **rozšiřování nabídky podpůrných terapií a stimulací** pro klienty hospicové péče. V jejich odpovědích zazněla důležitost, využitelnost terapií a stimulací pro klienty. Někteří odpovídali, že je vždy dobré být připraven na poptávku klientů. Přičemž samozřejmě nesmí být opomíjena individualita každého jedince. Někteří klienti rádi využijí nabídku terapií, stimulací, jiným to například jejich zdravotní stav již nedovoluje a je pro ně nejdůležitější osobní kontakt s blízkými v posledních chvílích života.

3/17 zařízení hospicové péče, na území ČR, **nevidí do budoucna využití podobných podpůrných terapií a stimulací** pro jejich klienty. Zdůrazňují vážné zdravotní stavy klientů a řešení spíše existenciálních problémů. Využití se zdá pouze v případě psychoterapií, na ostatní terapie není v zařízení místo.

6/17 oslovených zařízení v ČR se k otázce **nevyjádřilo**.

2/4 zařízení hospicové péče, na území SR, odpovídala **pozitivně** ve slova smyslu **rozšiřování nabídky podpůrných terapií a stimulací** pro klienty hospicové péče. Nabídku by rádi rozšířili v případě zvýšeného financování služeb.

1/4 zařízení hospicové péče, na území SR, odpovědělo, že **nemají možnosti a prostředky k rozšiřování nabídky podpůrných terapií**, a proto prozatím provozovatelé zařízení o tomto procesu ani neuvažovali.

1/4 oslovených zařízení ve SR se k otázce **nevyjádřilo**.

**Otázka č. 21: *Kdo by, podle Vás, měl případné podpůrné terapie a stimulační v zařízení ideálně vést?***

Interpretace získaných údajů:

Jelikož se jednalo o otázku s otevřenou možností odpovědi, názory respondentů byly následující:

Proškolený sociální pracovník, zdravotní sestra, psycholog, terapeut, vyškolený personál, lidé s vystudovaným sociálním zaměřením, zdravotní pracovníci v minimální míře, školený zdravotník.

**Otázka č. 22: *O které konkrétní terapie či stimulační byste rozšířili nabídku Vašeho zařízení?***

Interpretace získaných údajů:

Jelikož se jednalo o otázku s otevřenou možností odpovědi, názory respondentů byly následující:

Snoezelen (mít vlastní místnost), ergoterapie, muzikoterapie, rozšíření animoterapií, biblioterapie založená na vedení školeného terapeuta (nikoliv pouze dobrovolníků a neškoleného personálu).

### Komentář k šestému okruhu otázek:

Na poslední okruh otázek v dotazníku již odpovídalo podstatně méně respondentů, kterým byl dotazník odeslán. K otázkám se nevyjadřovali vůbec, či odpovídali, že nejsou provozovateli zařízení, proto nemají představu, jak by bylo možné nabídku terapií a stimulací dále rozšiřovat. Jiní odpovídali omluvou, že prozatím o podobné nabídce neuvažovali. Na druhou stranu z odpovědí, které vyzněly pozitivně a vstřícně k podpůrným terapiím a stimulacím, vyzařoval skutečný optimismus a využitelnost ve využívání terapií a stimulací u klientů hospicové péče. Většinou se jednalo o příklady zařízení, které již s podobnými terapiemi a stimulacemi zkušenosti mají. Osobně chápu, že s otázkou rozšiřování nabídky podpůrných terapií v hospicové péči se pohybujeme na velmi tenkém ledu, neboť skutečně je třeba si uvědomit, že nabídka je vytvářena pro klienty, kteří se ocitají velmi často ve vážném zdravotním stavu. Takoví klienti mnohdy odmítají jakoukoliv aktivitu a je pro ně nejdůležitější přítomnost, rozhovor s nejbližšími. To je v dané chvíli jejich terapií. Ovšem proč, jak zaznělo v jedné z odpovědí v dotazníku, „nebýt připraveni na případnou poptávku.“ Příjemný rozhovor s klientem může být doplněn o prvky bazální stimulace, klient se v průběhu pobytu v zařízení může začít alespoň na pár chvil zajímat o hudbu, kterou měl celý život rád, může si s terapeutem připomínat knihy, které miloval a to vše cíleně tak, aby se cítil dobře, aby byla i v těch nejposlednějších chvílích zachována jeho identita, jeho přání, jeho kvalita života. Koneckonců právě za pojmem „terapie“ se mohou skrývat příjemné chvílky, které terapeut prožije s klientem, a které navodí u klienta pocit smysluplnosti, a krásy okamžiku. Podpůrné terapie mohou být bránou k dalším možnostem, co klientovi ještě nabídnout, jak se mu přiblížit, jak s ním strávit poslední chvíle jeho života.

Nesmí se jednat o striktní postupy terapií, kde je přesně dáno, jaké techniky využít. Zde je jistě na místě držet se, více než kde jinde, individuálního přístupu a umožnit klientovi pouze cítit se dobře. Jsem osobně velmi ráda, že zařízení hospicové péče, pro tento pocit klientů dělají vše, co je v jejich silách, za to jim patří veliké díky.

#### 8.4.2 Druhá etapa výzkumného šetření

Druhá etapa praktické části diplomové práce byla zaměřena na návštěvu konkrétního zařízení pobytové hospicové péče, ve kterém jsou využívány podpůrné terapie při denních aktivitách s klienty. Cílem návštěvy zařízení bylo zjištění, jak mohou být podpůrné terapie zařazovány do péče o pacienty, vyžadující paliativní péči. Dále také, jak samotní klienti na podpůrné terapie reagují. Druhá etapa výzkumného šetření probíhala formou zúčastněného pozorování, kdy jsem měla možnost se přímo účastnit části některých podpůrných terapií. Při pozorování samotném i při komunikaci s klienty, která byla samozřejmě nutná pro zhodnocení aktivit, kterých mají možnost se klienti účastnit, jsem využila teoretických poznatků o specifikách dospělých osob vyžadujících paliativní péči.

V rámci zúčastněného pozorování jsem používala formu kvalitativního šetření. U kvalitativního šetření se téměř vždy používá nestrukturované pozorování, u kterého se nepoužívají předem stanovené pozorovací systémy či hodnotící škály. „*Tato metoda se uplatňuje v situacích, kdy chce výzkumník poznat, popsat a pochopit lidi a prostředí, ve kterém působí*“ (Gavora, 2010, s. 188).

Při participačním (zúčastněném) pozorování se pozorovatel seznamuje s prostředím a osobami dlouhodobě. Dlouhodobost pozorování a kontakt tváří v tvář s pozorovanými osobami způsobuje, že pozorované osoby ztrácí zábrany a chovají se přirozeně a otevřeně. Výzkumník se při této metodě velmi často zapojuje do samotného děje, aktivity, činnosti (Gavora, 2010).

Pro zúčastněné pozorování využívání podpůrných terapií v hospicové péči jsem oslovila pobytové hospicové zařízení, Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci. Toto zařízení jsem vybrala na základě první etapy výzkumného šetření, kde v přijatém dotazníku mě velmi mile překvapila nabídka denních aktivit a konkrétně i podpůrných terapií v tomto zařízení. Zajímalo mě, jak mohou probíhat jednotlivé podpůrné terapie, proto jsem se o Hospic zajímala více a byla mi nabídnuta čtyřdenní odborná stáž. Díky této zkušenosti jsem se mohla po dobu čtyř dnů aktivně zapojovat do chodu samotného Hospice, komunikovat s jeho klienty a samozřejmě se zúčastněným pozorováním zaměřovat na výzkumné šetření.

Díky vstřícnosti personálu jsem opravdu získala všechny potřebné informace a dozvěděla se mnohé o zásluze hodné práci v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci.

#### **8.4.2.1 Stáž v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci aneb ukázka dobré praxe**

Stáže jsem se zúčastnila ve dnech 6. 3. – 9. 3. 2017. Hospic je v tomto ohledu velmi otevřeným a vstřícným zařízením, které neodmítá stážisty nejen ze zdravotnických oborů, ale naopak přijímá každého, kdo má zájem o bližší setkání s prací o klienty paliativní péče.

Hospic na Svatém Kopečku je nestátní sociálně- zdravotnické zařízení, které poskytuje v souladu se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách odlehčovací službu a současně paliativní péči těm, u nichž kurativní medicína vyčerpala všechny prostředky vedoucí k jejich vyléčení. Jedná se v první řadě o léčbu bolesti, s cílem dosáhnout i přes bolest co možná nejvyšší kvality života nemocných. Hospic poskytuje komplexní péči při zajištění bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, dle přání klientů. Podporu poskytuje zařízení i rodinám nemocných.

Komplexní péči v hospici zajišťují lékaři, zdravotní sestry, pracovníci v přímé péči, duchovní asistentka, sociální pracovnice a v neposlední řadě také dobrovolníci. V případě zájmu je klientům k dispozici externí psycholog.

Stěžejním úkolem, který si všichni zaměstnanci kladou, je zachování důstojnosti a kvality života po celou dobu onemocnění klienta.

Hospic na Svatém Kopečku je jediným zařízením podobného typu v Olomouckém kraji. Byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc, v bývalém poutním domě. Dne 28. listopadu 2002 byl slavnostně otevřen.

##### **8.4.2.1.1 Zařízení a prostory v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci**

Celý Hospic je bezbariérový. Pro nemocné je připraveno třicet lůžek v osmnácti jednolůžkových a šesti dvoulůžkových pokojích. Dvoulůžkové pokoje jsou připraveny pro klienty respitní péče, kteří v Hospici tráví pouze určitou, vymezenou dobu. Například jsou v Hospici přítomni pouze přes pracovní týden a víkendy tráví v domácím prostředí s rodinou.

Každý pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením. V pokoji rovněž nalezneme televizi, rádio, ledničku, polohovatelnou, vodní postel, která díky obsahu vody zabraňuje vzniku dekubitů u trvale ležících klientů.

Klient si svůj pokoj může vyzdobit dle vlastního přání a fantazie. Dovézt z domova může cokoli, co mu jen trochu zpříjemní pobyt v cizím prostředí.

Velmi milou praxí je, že personál připravuje pokoj pro konkrétního klienta ještě předtím, než klient do zařízení dorazí. Na základě předběžného rozhovoru s rodinou, či dokonce s klientem samotným, který je zaměřen na klientovy potřeby, přání, zájmy, vybavují pokoj vším, co má klient rád, aby mu tak nachystali příjemné přivítání. Klient tak vstupuje do pokoje provoněného oblíbenými květinami, vyzdobeného příjemnými obrazy, které zná z dětství či svého života, a které ho například něčím oslovují. Přítomny jsou keramické předměty, fotografie rodiny a blízkých, které je možno za pomoci rodinných příslušníků získat ještě před přijetím klienta.

Každý pokoj, u svého vchodu, také profiluje magnetickou, záznamovou tabulí, která slouží pro veškerý personál i dobrovolníky, kteří s klientem dennodenně pracují. Na tabuli se zapisují veškeré aktuální informace ohledně stavu klienta, jeho přání, ale také pokroků v různých oblastech rozvoje osobnosti, změn nálad, způsobu komunikace, pomoci při denních aktivitách. Pracovníci se tak rychle orientují v tom, co zrovna klient prožívá, co potřebuje a mohou navazovat další, rozšířenou péči.

Velkou výhodou zařízení je, že v pokoji s klientem mohou neomezenou dobu pobývat i rodinní příslušníci, blízcí. Mohou u klienta na pokoji přespávat, nebo využívat zvláštních pokojů pro rodinné příslušníky a dlouhodobé návštěvy. Pokud se rodinný příslušník rozhodne trávit s klientem noci na pokoji, poslouží mu rozkládací křeslo, které je tomu uzpůsobeno. Mohou tak svého nejbližšího doprovázet po celou dobu jeho pobytu v Hospici.

Mezi vnitřní vybavení Hospice dále patří jídelna, která rovněž slouží jako společenská místnost, koupelna s hydraulickým zvedákem pro klienty trvale upoutané na lůžko, kuchyňské koutky pro návštěvy, zimní zahrada s knihovničkou, kaple Svatého Ducha, terasa, recepce s možností zakoupení občerstvení a pití.

Hospic má vlastní kuchyň. Jídelníček je pod dohledem nutriční specialistiky, ovšem Hospic nabízí klientům i možnost výběru z více jídel. Pokud klient nemá rád určitá konkrétní jídla, může mu být uvařeno dle přání, či může stravu zajišťovat rodina.

Připravována je v prostorách Hospice pietní místnost, která již nyní slouží k základnímu pietnímu obřadu po úmrtí klienta. Není však kompletně dokončena.

V této místnosti se s klientem loučí nejen personál zařízení, ostatní klienti dle přání, ale neoficiálně i rodina sama.

#### **8.4.2.1.2 Denní režim a aktivity klientů**

Vzhledem k individuálnosti klientů, rozdílům v jejich potřebách, zdravotnímu stavu je denní režim v zařízení velmi rozvolněný. V podstatě můžeme říci, že režim sám je vždy uzpůsoben klientovi, jeho rodině. Návštěvy jsou samozřejmě povoleny nepřetržitě. Každý klient si volí, kdy bude jíst. Pokud vyžaduje pomoc při jídle a pití, pracovníci v přímé péči mu ji samozřejmě zajistí, stejně jako naplňují i ostatní potřeby klienta. Je to on sám, kdo určuje, jak bude trávit svůj volný čas. Zda bude odpočívat v soukromí pokoje, nebo se připojí ke skupině ostatních klientů například ve společenské místnosti.

K dispozici je klientům zimní zahrada, která zároveň slouží jako společenská místnost a knihovnička. Klient si tu může vybírat ze spousty literárních titulů, nebo si zapůjčit nejrůznější hry, křížovky, obrazový i zvukový materiál. Poslouchat rádio, nebo přes prosklené dveře pozorovat kolemjdoucí, kteří kráčí do kostela, ten se nachází vedle budovy Hospice. Při pěkném počasí jsou klienty hojně využívány prostorné terasy se zástěnami proti přímým slunečním paprskům. Do zimní zahrady, na terasu i kamkoliv jinam, mohou zavítat i klienti trvale upoutaní na lůžko, všechny prostory jsou tomu uzpůsobeny. Klientovi jsou v podstatě plněna jeho přání, která jsou v silách personálu. Pokud klient nejeví zájem o žádné aktivity, je samozřejmě jeho uzavřenost a rezignovanost akceptována, přesto však dennodenně získává nabídku aktivit, kterých může využít.

Nabídka takových aktivit se odvíjí od zájmů klienta. Ty jsou zjišťovány již při rozhovoru s rodinou či klientem samotným, ještě před jeho přijetím do zařízení. K Žádosti o přijetí totiž rodina společně s klientem přikládá i **vstupní dotazník**, díky němuž se pracovníci mohou velmi rychle zorientovat v potřebách a přáních klienta.

Kromě jiného míří otázky v dotazníku ke způsobu života klienta a zaměřují se na jeho zájmy.

Tiskopis vstupního dotazníku Hospice na Svatém Kopečku je součástí diplomové práce a je přiložen (viz. příloha 1).

O veškeré aktivizační činnosti se stará zejména externí pracovnice Hospice, duchovní asistentka paní Mgr. Libuše Calábková, která se i mě s velkou vstřícností, v době stáže, ujala a veškeré aktivizační činnosti mi představila a přiblížila. Na aktivizační činnosti, které ona sama klientům nabízí, dále navazuje i práce pracovníků v přímé péči. Ty se rovněž snaží klienty co nejvíce aktivizovat. V rámci aktivizačních činností je v Hospici zadán cíl služby, kterým se pracovníci řídí. Jejich cílem je, aby mohl klient důstojně prožívat každý okamžik života, i kdyby to měl být ten poslední. Zásadou je přitom zaměřit se na osobní cíle uživatelů a podle zdravotního stavu a osobních zájmů správně motivovat klienta k aktivnímu prožívání pobytu v Hospici i s vědomím závažnosti nemoci.

#### ***8.4.2.1.2.1 Kognitivní činnosti***

Značnou část klientů tvoří osoby věkově starší a mnohdy již také klienti s demencí. Proto je velmi často do denních aktivit, při pravidelných návštěvách klienta, zařazován trénink paměti. K procvičování paměti je v těchto případech vybízena i rodina při svých návštěvách, nebo činnost zastávají dobrovolníci. Procvičování paměti se provádí individuálně, dle možností klienta. Zaměřuje se na opakování prožitků dne. Popisování zařízení pokoje, nebo opakování jídelníčku, či programu v televizi. K obsáhlejšímu tréninku slouží řada pomůcek, které jsou v Hospici k dispozici. Jedná se o soubory materiálů speciálně určených pro osoby s demencí. Používány jsou testy, křížovky, hádanky, nejrozumnější obrazový materiál. Za dobu mého pobytu měl velký úspěch soubor fotografií známých herců, hereček, zpěváků, zpěvaček či jiných slavných osobností, díky nimuž klienti velmi rádi vzpomínali na své oblíbené filmy, písně a známé tváře, které znali z dob svého mládí, či o které se zajímali v průběhu života.



#### **8.4.2.1.2.2 Komunikace a osobní projev**

Pracovníci několikrát denně dochází za každým klientem a tráví s ním potřebný čas například pouhými rozhovory na různá témata. Podle přání klienta probíhají i duchovní rozhovory a modlitby s duchovní asistentkou.

Klienti mají možnost se kdykoliv zapojovat do rozhovorů s ostatními klienty.

#### **8.4.2.1.2.3 Sociální a interpersonální činnost**

Klientovi je kdykoliv během pobytu v Hospici nabídnuta prohlídka Hospice i jeho okolí. To je umožněno mobilním i imobilním klientům. Pravidelně se v Hospici slaví významné církevní i státní svátky, dodržují se tradice, do kterých se mohou klienti všemožně zapojit. Na přání mohou pracovníci klientovi nakupovat zboží z obchodu, které si přeje.

#### **8.4.2.1.2.4 Psychomotorika- udržování osobnosti**

Jedná se o aktivity k procvičování jemné a hrubé motoriky. Může jít například o šití, lepení, malování, používání tužky, skládání papíru, procvičování hmatu pomocí balonků a jiných pomůcek. Při procvičování hrubé motoriky personál dopomáhá s chůzí klienta, pohybu v různém prostředí, s motorikou jednotlivých částí těla.

#### **8.4.2.1.2.5 Duchovní činnosti**

Duchovní asistent je schopen klientovi zprostředkovat kontakt na duchovní jiné církve, pokud je jiného vyznání. Duchovní asistent rovněž pracuje s rodinou, podporuje ji při smířování se s onemocněním. Po smrti klienta je jednotlivce podporován osobní modlitbou, čtením Písma svatého, čtením duchovní literatury, duchovním zpěvem, duchovními rozhovory, modlitbou za nemocného či zemřelého. Modlitba je prováděna i u umírajícího. Společně je v kompetenci duchovního asistenta Mše svatá, probíhá modlitební setkání během liturgického roku v kapli Hospice.

#### **8.4.2.1.3 Podpůrné terapie v zařízení Hospice na Svatém Kopečku**

Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci nabízí opravdu širokou nabídku podpůrných terapií, které zařazuje do denních činností v péči o klienty.

Stejně jako ostatní aktivity, je účast na podpůrných terapiích odvozena od individuálního zájmu klienta. Zaměření klienta a jeho zájmy se zjišťují již před přijetím do zařízení za pomoci vstupního dotazníku. Podle něho jsou poté nabízeny jednotlivé aktivity v průběhu celého pobytu v Hospici.

Veškeré pokroky v rámci aktivizačních činností a celkově nabídka a účast na činnostech jsou zaznamenávány do osobního spisu každého klienta. Na základě zápisů o jednotlivých činnostech je možné klientovi nabízet činnosti další a rozvíjet jeho potenciál v této oblasti. Osobní spisy mají u sebe klíčový pracovníci. Klíčový pracovník je pracovníkem v sociálních službách, který má na starosti určitou skupinku klientů. Má o klientech největší přehled, a může tak v péči navazovat na jejich potřeby a přání.

Do osobních spisů velmi často nahlíží duchovní asistentka, která organizuje většinu podpůrných terapií v zařízení. Do spisů rovněž zapisuje pokroky, reakce klienta na danou terapii tak, aby se dalo v příštích dnech na terapii znovu navázat. V případech, kdy chce pracovník upozornit na výrazný pokrok či naopak stagnaci v rámci některé z aktivit, je možné zapsat informaci na magnetickou tabuli, kterou má klient ve svém pokoji. Díky ní si mohou informaci přečíst všichni pracovníci a dále na ni navazovat. Například pokud se klient uzavře do svého nitra a nemá náladu s nikým komunikovat, nemusí tento fakt vykládat každému z pracovníků. Informace je v ten den zapsána na tabuli a ostatní pracovníci se jí uzpůsobují a zbytečně klienta neruší.

**K podpůrným terapiím nutno doplnit upřesňující informaci, že v hospicovém zařízení lze, podle prožití praxe, využívat pouze prvky podpůrných terapií.** Klienti povětšinou pobývají v zařízení pouze určitou, mnohdy dosti krátkou, dobu, proto nelze mluvit o dlouhodobých, na sebe navazujících setkáních v rámci terapií. U každého klienta se dle jeho zájmu a zdravotního stavu zařazují prvky terapií, kterými si terapeut klade za cíl zejména odvrátit pozornost od nemoci a navodit u klienta příjemné prožitky.

Z podpůrných terapií nabízí Hospic na Svatém Kopečku následující nabídku terapií, které vede vždy v individuální či skupinové formě vyškolený terapeut:

### **Arteterapie**

Výtvarná terapie je v tomto případě rozdělována na receptivní složku, při které klient vnímá určitá umělecká díla. Prohlíží si je zrakem, zkoumá hmatem a hledá v obraze, ve tvarech uměleckého díla vlastní emoce, nebo své dojmy. Arteterapie receptivní probíhá téměř vždy individuálně, buď na pokoji klienta či v zimní zahradě, popřípadě společenské místnosti.

Využívána jsou nejrůznější umělecká díla. Terapeutka, kterou je v tomto případě duchovní asistentka, vyhledává vhodná umělecká díla dle zaměření, zájmu klienta. Velký úspěch mají pouhé obrázky z nashromážděných pohlednic či starých kalendářů, kterých má paní terapeutka nepřehledné množství. Klienti se mnohdy rozmluví nad obrázky, které jim něco připomínají, jsou jim příjemné, mnohdy ale mohou odkrývat i nelibé vzpomínky a přinášet s sebou tak strach, úzkost, o kterých také s terapeutkou hovoří, protože je důležité se otevřít i těmto pocitům. Při terapii jsou využívány i nejrůznější barvy, které jsou klientovi příjemné či nepříjemné.

Těmi příjemnými pomáhá terapeutka klientovi vyzdobit pokoj. Do pokoje mu zapůjčuje obrazy, které se klientovi líbí, po čase je rovněž obměňuje, aby byl klient neustále stimulován novými podněty.

Častěji klienti vyžadují arteterapii produktivní, která je tvůrčí činností klientů samotných. Tato terapie naopak častěji probíhá skupinově. Klient sám, či za pomoci terapeuta, kreslí, modeluje, využívá nejrůznějších výtvarných technik a pomůcek. Tento projev je často propojován s hudbou. Zejména při hudbě působí na psychomotoriku a vytváří pocit radosti a smysluplnosti. Kresba probíhá na volné téma, kdy je ponechán plně prostor pro klientovu fantazii a kreativitu. Kresbu poté klient s terapeutem rozebírá a často tak vyplynou na povrch problémy, které ho trápí. Terapie tak dopomůže odhalit například skryté rodinné problémy, které za pomoci terapeuta a rodiny mohou být v posledních chvílích života klienta vyřešeny.

Terapeutka často rovněž vyzývá klienty ke kresbě projektivních pocitů, tedy vlastních pocitů, které poté s klientem opět rozebírá. Zde se skutečná trápení a problémy klienta ukazují ještě mnohem rychleji. Tuto metody však terapeutka využívá pouze u klientů, se kterými pracuje již delší dobu, a tak ví, že jim naopak odhalení vlastních pocitů neublíží.

Převážně ve skupinové terapii vznikají kresby na zadané téma. Nemusí se jednat jen o kresby, ale obecně klienti vyrábí, tedy slepují, skládají, modelují atd. na určité téma. Tato témata se vztahují k oslavě svátků v průběhu roku. Terapie je propojena například s výrobou vlastní výzdoby do pokoje.

Oblíbenou aktivitou je vybarvování mandal, ty klientům nabízí terapeutka, nebo jsou rovněž k dispozici v zimní zahradě, kde je klienti mohou volně získat.

## Muzikoterapie

Muzikoterapii v Hospici zajišťují dobrovolníci, kteří jsou však v této oblasti vyškoleni. Do zařízení dojíždí každé úterý a vedou skupinovou muzikoterapii. V rámci individuální terapie pak dochází k jednotlivým klientům na pokoj.

Terapeutka využívá známé i méně známé melodie, rytmy, zvukové barvy k oživení či odbourání určitých emocionálních stavů, ke sdělování prožitků a navázání kontaktů s klienty, ale i mezi klienty samotnými.

Muzikoterapie se rozděluje na pasivní, kdy klient na pokoji poslouchá oblíbenou hudbu, o které popřípadě poté s terapeutkou hovoří. Hudba, kterou měl klient rád ve svém životě, s sebou většinou nese mnohé vzpomínky a opět se klient otevírá v rámci svých pocitů. Veškerým podpůrným terapiím, které jsou klientům nabízeny, mohou být přítomni i rodinní příslušníci, kteří právě při počátku muzikoterapie jsou často důležitým spojníkem mezi klientem a terapeutem. Pomáhají klientovi navozovat vzpomínky, a terapeut se tak dozvídá více o životě klienta, postupně si získává jeho důvěru. **Právě možnost přítomnosti rodinného příslušníka je, pro mě, dalším velmi důležitým bodem dobré praxe při nabídce podpůrných terapií klientům hospicové péče.**

I po dobu zúčastněného pozorování jsem se mohla přesvědčit o výhodách přítomnosti rodiny a blízkých při terapiích. Klient byl vždy mnohem více zabrán do terapie samotné, nebál se, protože mohl věřit v podporu rodiny ve chvílích, kdy si například chtěl vzpomenout na moment ze svého života a nemohl si rozpomenout. Terapie tím získávala novou dimenzi, kterou rozvíjel právě rodinný příslušník. Čím více osob se terapie účastnilo, tím byl sice terapeut odsunut více do pozadí, kde ovšem mohl získávat vhodnou pozici pro sběr informací o životě klienta, které později využíval při dalších sezeních, a rovněž se tím posiloval vztah mezi klientem a terapeutem.

Skupinová muzikoterapie probíhá formou velmi aktivní terapie, kde se klienti, kteří mají zájem, hudebně projevují.

Klient samozřejmě může i při skupinové terapii vystupovat pasivně, což se většinou i děje, zejména při prvních skupinových muzikoterapeutických sezeních klienta. Práce terapeuta, při skupinové muzikoterapii, je nesmírně náročná. Každý týden se terapeut setkává s jinými klienty v rámci sezení. Proto je nutné připravovat jednotlivá sezení jako izolovanou, krátkodobou terapii. Není možné na jedno sezení další týdny navazovat. Terapeutka tak pokaždé otevírá jiné téma a působí na jinou oblast osobnosti člověka.

I tato izolovaná forma terapie je však pro klienty přínosem, který vidím zejména v oblasti sociální, kdy se činnosti věnuje najednou několik klientů.

Při skupinové muzikoterapii (stejně je to možné i u individuální formy) klienti pracují s nejrůznějšími hudebními nástroji. Pomocí nich vyjadřují své emoce, komunikují s okolím. Terapeut pak na jejich nálady a pocity reaguje.

---

#### Zúčastněné pozorování

*Na skupinovou terapii se každé úterý klienti Hospice moc těší. Do zařízení dojíždí občas terapeutka (žena), občas vede muzikoterapii terapeut (muž). Prý je vidět velký rozdíl v tom, jak klienti vnímají mužský a ženský hlas. Když vede terapii muž, klienti se více zapojují do zpěvu. Je to dáno pouze tím, že terapeut, který předzpívává, má hlubší hlas a většina klientů tak písni lépe vyzpívá. Kdežto terapeutka, která do Hospice přijíždí, má tón hlasu vcelku vysoký, na což klienti raději reagují tím, že se jen pohupují do rytmu, ale nezpívají, protože píseň nevyzpívají v tak vysokém tónu jako terapeutka.*

*Přesto i paní terapeutka dokáže klienty za pomoci hudby velmi povzbudit a dodat jim dávku elánu, optimismu, radosti. Terapie se účastní klienti mobilní i imobilní. Kdo jen trochu může, drží v ruce hudební nástroj. Komu dělá hra na nástroj potíže, dopomáhají sestry, které se rovněž rády do terapie zapojují. Účastnit se samozřejmě mohou i rodinní příslušníci. Při muzikoterapii terapeutka využívá nejen svůj promyšlený výběr písní, ale ke každé písni vypráví určitý příběh. Například o tom, jak mohla píseň vzniknout, kdo ji složil, kdo ji nazpíval či o čem píseň sama vypráví. K tomuto poutavému vyprávění jsou připraveny rekvizity v podobě fotografií autorů písní a zpěváků.*

*Klienty tato forma zaujala, protože si mnozí vybaví, podle fotografie, například oblíbeného zpěváka. Terapie se odehrává za velmi příjemné atmosféry. Klienti se zapojují do zpěvu i do hry na hudební nástroje. Kdo nechce, samozřejmě není do ničeho nucen a může se účastnit pouze pasivně. Terapeutka klientům představuje nový hudební nástroj, je jím harfa, na kterou si mohou následně vyzkoušet zahrát. Harfa se očividně moc líbí. Jedná se o hudební nástroj, který člověka přivádí k relaxaci, vyvolává pocit rozesnění a některým klientům může připomínat hudební nástroj z pohádek.*

*Terapeutka se vždy snaží, aby skupinová muzikoterapie byla tvořena i samotnými klienty, proto nechybí písničky na přání. Terapeutka hraje písničky na kytaru či klavír. Charakter terapie doplňuje sociální složka, kterou s sebou nese tím, že se klienti na malou chvíli společně sejdou v jedné místnosti.*

---

## **Zooterapie**

Do zařízení po dlouhou dobu docházela skupina canisterapeutů se psi. V současné době však tato terapie neprobíhá. Přesto se klient může zapojovat dennodenně do aktivit krmení a pozorování rybiček v akváriu či krmení ptactva. Je možné klientovi přivést na pokoj oblíbené zvířátko.

## **Biblioterapie**

Do biblioterapie se zapojuje externí terapeut společně s duchovní asistentkou, která klientům v rámci biblioterapie zajišťuje zejména biblické texty a duchovní literaturu.

Klient je seznámen s nabídkou knih v interní knihovně. Z této nabídky může vybírat knihy k vlastnímu čtení. Knihy také klientům často předčítají pracovníci či dobrovolníci. Terapeut s klientem knihy či texty rozebírá, pokud klient jeví zájem. I terapeut sám klientovi nabízí knihy či určité pasáže textů dle vlastního uvážení v souvislosti s tím, na jakou oblast je terapie právě zacílena. Protože v Hospici velmi často pobývají klienti ze Slovenska, je i pro ně připravena nabídka knih. Úspěch slaví u klientů cestopisy, díky kterým se s terapeutem vydávají na toulky po celém světě. I tak může vypadat určitá forma biblioterapie pro klienta hospicové péče.

Cestopisy se mohou ale týkat také například známých míst v České republice, kde klient vyrůstal, nebo zde strávil určitou část života.

Především u klientů s určitými typy demence se často využívá práce s pohádkou s jednoduchým dějem, které velmi lehce upoutají pozornost a navozují pocit radosti, protože s sebou nesou šťastný konec.

Prvky biblioterapie jsou zapojeny i při aktivní činnosti, kdy jsou klienti vyzýváni k psaní vlastního deníku se svými prožitky. Mohou sepisovat aktuální prožitky, nebo deník ze svého života.

Mnoho klientů má zájem o urovnání si vlastního života, připomenutí toho, co dokázali a co naopak nestihli. Zanechání památky, jakéhosi životního příběhu, svým blízkým. To vše jim umožňuje možnost vzít tužku, papír, a třeba za dopomoci terapeuta, jednoduše psát. V některých případech klienti diktují a deník sepisuje terapeut.

Velkou váhu v hospicové péči nese duchovní biblioterapie. Předčítání duchovních textů, pasáže z bible a společné zamýšlení nad jejich smyslem. Především věřící klienti tuto formu terapie v posledních chvílích života vyhledávají. Dostává se jim tím možná pochopení, smíření. Lépe si tak srovnávají vlastní životní hodnoty a postoje. Pravdou je, že sama terapeutka se setkává s velkým zájmem o tuto aktivitu i u osob bez vyznání, které v těžkých chvílích vyhledávají útěchu a jistotu právě v biblických textech.

---

#### Zúčastněné pozorování

*V pokoji klientky, která si jen rezignovaně prohlíží obílený strop místnosti, se schází duchovní asistentka a terapeutka z oboru biblioterapie. Klientka je v Hospici již týden, s nikým nechce komunikovat, nepřeje si návštěvy rodiny. Jedna z mála věcí, které o ní personál ví je, že je to žena silně věřící. Zdá se, jakoby se sama chtěla poprat s tou tíhou, kterou ji na bedra klade její nevyléčitelná a postupně se zhoršující nemoc. Byla vždy velkou bojovnicí, proto ani teď nechce své okolí zatěžovat svým strachem. Ten ovšem zcela jistě přichází, protože nikdo nemůže být se smrtí smířen natolik, aby se mu při myšlence, že už třeba zítra nemusí být na tomto světě, nezachvěly rty, aby tak statečně odolával myšlence konce, že by se mu jen na nepatrnou chvíli strachem nezatřásl, těžkou prací během života poznamenané, dlaně.*

*Asistentka s terapeutkou chtějí ženě ulevit, chtějí, aby věděla, že na situaci není sama, že se s ní nemusí prát jen uvnitř sebe sama. Může se o své pocity podělit, může propuknout v pláč, pokud jí pomůže na chvíli pocítit, že situaci nemusí zvládat úplně sama. Chtějí ji ukázat, že jakákoliv její reakce vůči okolí je ta správná a bude zcela tolerována. Terapeutka i asistentka se s klientkou vítají. I já se snažím s paní na chvíli navázat oční kontakt, abych se jí mohla představit. Usedám do rohu pokoje a vše pozoruji z povzdálí, abych zbytečně nenarušovala terapii. Spoustě věcem, o kterých se později mluví, příliš nerozumím. Přesto, že jsem věřící, přiznám se, že z bible jsem prozatím pochopila jen věty nerozvité, jednoduše a jasně psané.*

*Terapeutka s asistentkou začínají některými modlitbami. Žena samozřejmě všechny modlitby zná, zavírá oči a snad jen sama pro sebe si modlitby v duchu přeřikává. Při duchovních písničkách, které následují, už žena pokukuje po obrázcích svatých, které má zavěšené na zdi vedle postele. Najednou se děje něco, o co se pracovníci Hospice snaží celý týden. Žena si docela potichoučku začíná broukat písničky společně s terapeutkou a asistentkou. Obě ženy, které sedí vedle postele, jsou neuvěřitelně milé a paní pozorují s vlídnými pohledy, přitom ji drží za ruku. Paní už neprotestuje, nechá se za ruku držet, přitom ještě ráno jí vadil každý letmý dotek. Jsou to moc příjemné chvílky. Paní na posteli se konečně dostává do svého živlu. Víra, které obětovala celý svůj život, ji nyní pomáhá i ve chvílích nejtěžších. Každou odzpívanou píseň, každý biblický úryvek textu, který asistentka čte, zároveň také s terapeutkou rozebírají. Moc hezky zní jejich převyprávění příběhů o Skutcích apoštolů, pasáž o Pavlově povzbuzení či čtení z Listu Koloským o Rázu nového života. Pro mě se stává čtení biblických textů konečně něčím srozumitelnějším. Mohla bych takto vyslechnout celou bibli. Zdá se, že žena je spokojena, naslouchá jednotlivým textům. Asistentka s terapeutkou se nad téměř každým slovem zamýšlí, bádají po jejich významech. Co by mohly znamenat, jak by si je člověk mohl vyložit? Jak si je vykládá třeba mladý člověk (ptají se i na můj názor), a naopak, co znamenají pro člověka již moudrého, který má za sebou dlouhou životní cestu. Dochází k názoru, že vírou musí člověk projít. Ve své víře se utvrzuje v průběhu celého života. V různých životních situacích, si může některé texty vykládat odlišně. Teprve, když pochopí skutečný význam, skutečné poselství, je vírou zcela naplněn a šťasten. Ženě stéká slza po tváři. Nevím, zda jsem si toho všimla jen já, nebo zda asistentka s terapeutkou jen považují stékající slzu*



*za součást terapie. Každopádně nikdo se nad ní nepozastavuje. Předčítání biblických textů na sebe plynule navazuje, až dojde ke svému konci, pro dnešní den. Asistentka s terapeutkou se loučí s klientkou, která opětuje jejich pohledy a podává jim ruku na znamení vděku a rozloučení. Terapeutka zadává klientce úkol pro další sezení. Má si rozmyslet, o kterých pasážích z bible si budou společně povídat, jaká je její nejoblíbenější. Snad nikdo prozatím nedoufá, že žena vezme úkol vážně a skutečně se na další návštěvu terapeutky připraví. Odcházíme. V odpoledních hodinách se dozvídáme od jedné ze sester, že klientka požaduje, aby jí rodina přivezla její bibli, kterou má doma.*

*Bibli dcera ještě v ten den přiváží, je plna poznámek a pasáží, které si žena během života poznačila. Škoda, že nemohu být přítomna u další chvilky biblioterapie.*

---

## **Snoezelen**

V Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci se snaží rozvíjet i prvky konceptu Snoezelenu. Jsou nakloněni tomuto druhu stimulace, proto i do budoucna plánují v Hospici vybavit místnost pro Snoezelen. Prozatím jsou využívány pouze prvky konceptu, a to individuálně na pokojích klientů. Klienti trvale upoutaní na lůžko jsou stimulováni optickými prvky, které jim jsou projektorem promítány na stěnu či strop pokoje. Na stěnách a stropě nechybí různě barevné tvary, obrazce či celé obrazy tak, aby je klient mohl mít neustále na očích. Tyto prvky jsou pravidelně měněny. Vhodnou pomůckou jsou i vodní lůžka na pokojích, které prvotně slouží proti vzniku dekubitů. Terapeutka, která klienty stimuluje, využívá předmětů různých tvarů, materiálu. Rozvíjí klientovy smysly za pomoci míčků naplněných teplou či studenou vodou.

Můžeme říci, že stimulace za pomoci konceptu Snoezelenu je v Hospici na Svatém Kopečku teprve na startu, myslím však, že na startu velmi prospěšné cesty. Již nyní si klienti velmi chválí, když se nemusí celé dny dívat jen na bílý strop pokoje, ale jejich smyslové vnímání je zpestřeno barevnými podněty.

## 8.5 Závěry výzkumného šetření

Z výzkumného šetření vyplynuly odpovědi na zadané výzkumné otázky.

### **VO1: Jaké mají klienti hospicové péče na území České republiky a Slovenské republiky příležitosti k účasti na blíže specifikovaných terapiích a stimulacích?**

Do výzkumného šetření byly zahrnuty následující podpůrné terapie a stimulační metody: muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, bazální stimulace a koncept Snoezelen. Jejich nabídku jsem v rámci šetření monitorovala v zařízeních hospicové péče (pobytové i domácí) na území České a Slovenské republiky. Z dotazníkového šetření, které bylo nástrojem výzkumu, vyplynula níže specifikovaná nabídka poskytování podpůrných terapií ve zmiňovaných zařízeních. Nabídka podpůrných terapií, v zařízeních hospicové péče, byla rovněž porovnána s nabídkou stejných terapií v rámci zařízení péče o dlouhodobě nemocné a o seniory obecně (jednalo se o domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných). Tyto dva druhy zařízení se staly také cílem mého šetření, konkrétně předvýzkumu, z důvodu snahy zmapovat nabídku podpůrných terapií rovněž v zařízeních, které neposkytují vyloženě hospicovou péči, ale starají se velmi často i o klienty, kteří vyžadují paliativní péči. Nabídku podpůrných terapií v daných zařízeních jsem porovnávala.

Vstupními tezemi byla následující tvrzení:

1. Obecně v zařízeních hospicové péče, na území České republiky a Slovenské republiky, jsou klientům k dispozici mnohé denní aktivity dle jejich potřeb. Může se jednat o nejrůznější společná setkání ve společenských místnostech, opékání buřtů, společná oslava tradic a svátků atd. Avšak konkrétní terapeutické činnosti, které spadají do oboru speciální pedagogiky, a kterými jsou například muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, prvky Snoezelenu, se v nabídce aktivit zařízení hospicové péče prozatím objevují spíše výjimečně.

Tato teze byla částečně potvrzena. V současné době je opravdu nabídka denních aktivit v zařízeních hospicové péče téměř nekonečná. Personál jednotlivých zařízení se snaží, ve většině případů, poskytovat klientům takové aktivity, které si žádají. Souvisí to se zvyšováním kvality služeb nabízených klientům v terminálních fázích onemocnění, a tak udržování vysoké kvality života jedince do posledních chvil. Zařízení hospicové péče jsou v tomto směru opravdu obdivuhodné instituce.

Jakoby si personál těchto zařízení skutečně nejvíce uvědomoval pomíjivost lidského života a potřebu vyhovět jedinci v tak těžké životní situaci, kterou s sebou přináší umírání.

Denní aktivity klientů se tak odráží od jejich potřeb. Samozřejmě, že i nabídka těchto aktivit, je v určitém směru limitována. Personál nemůže být připraven na jakákoliv přání klientů. Tento fakt se odráží právě v nabídce podpůrných terapií a stimulací. Pokud se budeme bavit o opravdu odborných terapiích v rámci speciální pedagogiky, je zapotřebí, aby takové terapie byly poskytovány profesionálně s předem promyšlenými cíly a stanovenými metodami. To může zajistit jen odborník v dané terapii vyškolený. Zde narážíme na kámen úrazu. Zařízení hospicové péče by tak moc ráda klientům poskytovala vše, co si vyžadují, potřebují, co jim dělá dobře, že se konkrétně v rámci podpůrných terapií, vytrácí podmínka odbornosti při poskytování terapie. Daná zařízení se většinou chtějí přiblížit k ideálu připravenosti nabídky podpůrných terapií, protože se zdá, že podpůrné terapie zažívají skutečný rozkvět. Mnoho studií, a ostatně i praxe sama, poukazuje na pozitivní dopad terapií na klienta, pokud je terapie prováděna správně. V současnosti však stále ještě podpůrné terapie, využívané ve speciální pedagogice (ty, kterými se práce zabývá) prochází svým vývojem. Ještě stále nejsou ustálené jako odborné terapie, které mají pomáhat, nikoliv pouze vyplňovat volný čas klienta. Jsou prozatím nestálé a jejich pole působnosti nejisté stejně, jako sama hospicová péče. V důsledku toho jsou za terapie považovány mnohdy aktivity vyloženě volnočasové. Ve výzkumu se setkávám s tím, že podpůrnými aktivitami jsou myšleny například činnosti dobrovolníků, kteří do zařízení přichází nikoliv s certifikátem odbornosti v rámci dané terapie, ale s touhou podělit se s klienty o činnost, ve které vynikají, která je baví. Pokud se jedná například o některou výtvarnou techniku, je považována za arteterapii. V konečném stádiu výzkumu se pak dozvídáme, že ve skutečnosti je nabídka odborně poskytovaných podpůrných terapií opravdu prozatím spíše výjimečná. A to i přesto, že jednotlivá zařízení mají zájem podpůrné terapie poskytovat, být připraveni na poptávku o takovou činnost.

Tímto jsem zároveň potvrdila i vlastní tezi, která vycházela z mé osobní zkušenosti s několika zařízeními hospicové péče:

2. Pokud klienti hospicové péče mají možnost využívat nabídky podpůrných terapií a stimulací, jsou povětšinou tyto aktivity organizovány a vedeny především neodborným personálem (například dobrovolníky).

Ve fázi výzkumu porovnávání nabídky podpůrných terapií v zařízeních hospicové péče a v zařízeních péče o seniory či dlouhodobě nemocné jsem připojila tezi, že:

3. V zařízeních péče o seniory a v léčebnách dlouhodobě nemocných se častěji, než v zařízeních hospicové péče, rozšiřuje nabídka denních aktivit o podpůrné terapie a stimulace. Dáno je to především tím, že v takových zařízeních nalezneme z pohledu výzkumu různé cílové skupiny klientů, přičemž klienti umírající tvoří počtem jen malé procento z celkového počtu klientů. Klienti zde pobývají delší dobu, proto mohou být i podpůrné terapie dlouhodobější a cílenější na konkrétní problémy klientů. Terapeuti mohou více rozvíjet nejrůznější techniky, metody terapií a samozřejmě v důsledku dlouhodobější terapie se dostavují i ustálenější výsledky jednotlivých terapií.

K porovnání nabídky podpůrných terapií v oslovených zařízeních slouží následující tabulka:

	<b>Muzikoterapie</b>	<b>Arteterapie</b>	<b>Biblioterapie</b>	<b>Bazální stimulace</b>	<b>Snoezelen</b>
Hospic na území ČR (počet odpovědí: 17)	6/17	7/17	5/17	3/17	3/17
Hospic na území SR (počet odpovědí: 4)	2/4	2/4	1/4	0/4	0/4
LDN (počet odpovědí: 4)	1/4	1/4	0/4	2/4	2/4
Domovy pro seniory (počet odpovědí: 11)	7/11	4/11	5/11	4/11	3/11

Tabulka č. 1 Nabídka podpůrných terapií ve vybraných zařízeních

Z výzkumu vyplývá, že podpůrné terapie v zařízeních hospicové péče zažívají teprve svůj zrod. Jen menší počet oslovených zařízení nabízí svým klientům podpůrné terapie v rámci denních aktivit.

Rozvíjet celkovou problematiku paliativní medicíny a paliativní péče je úkolem poměrně těžkým na území České republiky i ve světě. Je to dáno tím, že tato oblast prozatím není dostatečně probádána a chybí dostatek odborníků, kteří se jí zabývají. V současné době je potřebné, aby otázka smrti, umírání přestala být zapovězeným tématem a oblasti paliativní péče se zaobírala široká škála odborníků. Poznatky, zkušenosti a nové myšlenky aby se promítaly i do seminářů a kurzů vysokoškolských vzdělávacích programů (Nagyová, 2016).

#### **VO2: Kdo konkrétně specifikované terapie a stimulační klientům poskytuje (odborný personál, dobrovolník, apod.)?**

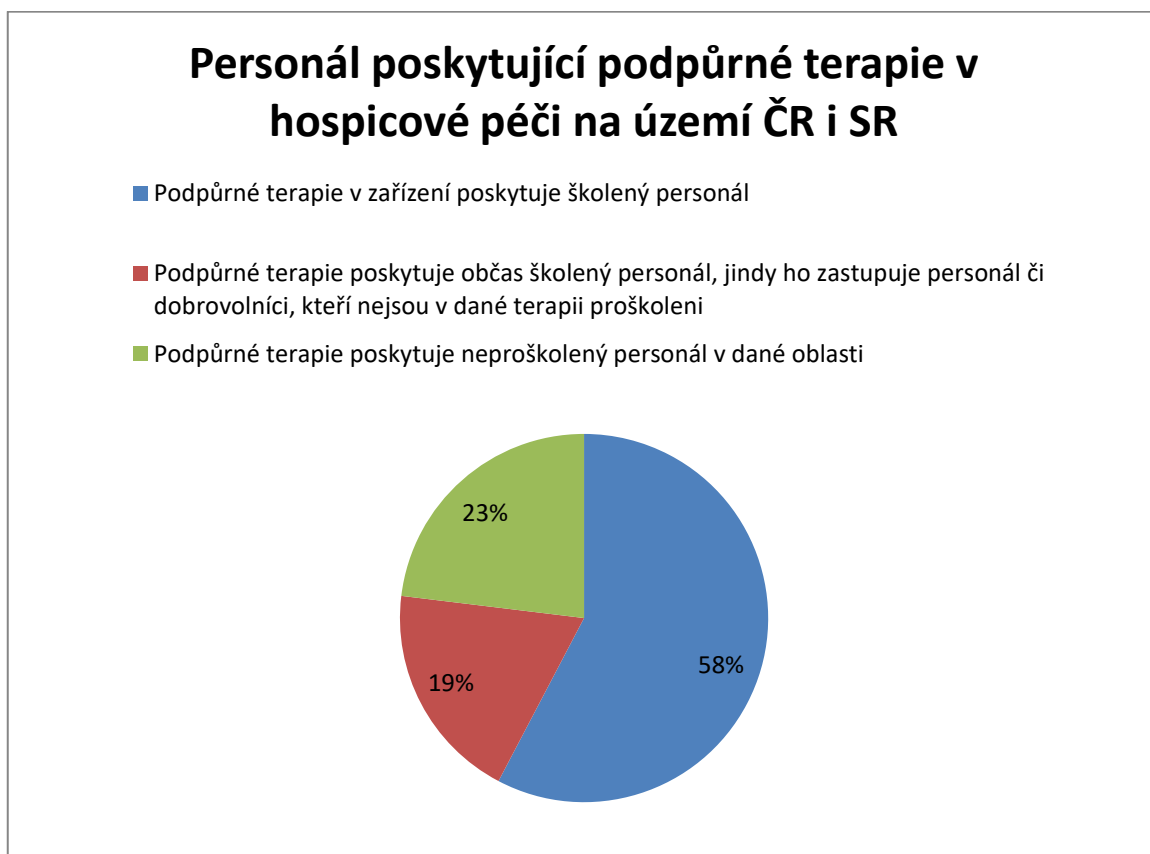
Jak již bylo řečeno, podpůrné terapie se v rámci hospicové péče ještě stále ztrácejí v nabídkách běžných volnočasových aktivit. Samozřejmě v rámci péče o umírající není možné příliš rozvíjet potenciál podpůrných terapií, zaměřovat se na dlouhodobé řešení problému u klienta, ovšem přesto, pokud je terapie poskytována vyškoleným personálem, přináší své pozitivní účinky na klienta. To samozřejmě volnočasové aktivity rovněž, může někdo podotknout. Ano, je to tak. V posledních chvílích života klienta je jakákoliv jeho aktivizace velkým úspěchem, jakékoliv odreagování od nemoci a jeho tělesného i duševního strádání má velmi pozitivní charakter. Právě podpůrné terapie mohou klienta nenásilnou formou zaujmout a pomoci mu. Podpůrné terapie mohou být jakousi třešničkou na dortu v souvislosti se zachováním kvality života klienta.

Velmi často jsou bránou ke klientově duši, která se v konečné fázi života velmi často uzavírá. Uzavírá se i sám klient, pro kterého je složité se s danou situací vyrovnat. Za uzavřenou bránou trpí, trpí sám.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že větší polovina poskytovaných podpůrných terapií, celkově na území České i Slovenské republiky, je vedena školenými terapeuty.

Zkoumány byly aktivity muzikoterapeutické, arteterapeutické, biblioterapeutické, bazální stimulace a konceptu Snoezelenu.

Konkrétní výsledky shrnuje následující graf.



**VO3: Mají zařízení hospicové péče tendence rozšiřovat nabídku denních aktivit, ve slova smyslu terapií a stimulací, pro své klienty?**

V otázce rozšiřování nabídky podpůrných terapií v zařízeních hospicové péče hraje velkou roli financování, dostupné prostředky zařízení, na základě kterých by mohly být všechny další služby zařízení zaváděny.

Jelikož mnoho hospicových zařízení v České republice i na území Slovenské republiky, které byly osloveny, fungují zatím krátce, jsou nově zřízena.

(To je dáno právě současným rozvojem hospicové péče), využívají většiny finančních prostředků k obecnému komfortnějšímu vybavení zařízení. Stále ještě se nachází ve fázi, kdy nemají příliš prostředků a času zabývat se hlouběji rozvojem denních aktivit. Snaží se prozatím kvalitně zajistit základní potřeby a denní aktivity klientů. Z dotazníkového šetření vyplývá, že to ovšem neznamená, že by o rozšiřování nabídky denních aktivit o podpůrné terapie neměli zájem. Oslovení pracovníci třech zařízení, která mají tendenci do budoucna nabídnout klientům různé druhy podpůrných terapií, se o provedené výzkumné šetření zajímají více a v rámci námětů, inspirace do budoucna by se rádi seznámili s konečnými výsledky práce.

To vypovídá o zájmu prohlubovat nabídku denních aktivit v zařízeních hospicové péče. 8/17 oslovených zařízení na území ČR a 2/4 na území SR vidí pozitiva a důležitost využívání podpůrných terapií i u klientů v posledním stádiu nemoci.

3/17 zařízení hospicové péče, na území ČR, nevidí do budoucna využití podobných podpůrných terapií a stimulací pro jejich klienty. Zdůrazňují vážné zdravotní stavy klientů a řešení spíše existenciálních problémů. Využití se zdá pouze v případě psychoterapií, na ostatní terapie není v zařízení místo.

Pracovníci ostatních oslovených zařízení se k otázkám rozšiřování nabídky podpůrných terapií nevyjádřili, nebo prozatím o podobných aktivitách nepřemýšleli.

#### **VO4: Jak mohou probíhat specifikované terapie a stimulační v zařízeních hospicové péče?**

Za příkladem dobré praxe jsem se vydala do Hospice na Svatém Kopečku v Olomouci. Hospic mě zaujal svou pestrou nabídkou podpůrných terapií, a tak mě zajímalo, jakým způsobem je podpůrné terapie v zařízení podobného typu možné využít. Jsem velmi vděčná za tuto zkušenost a sama praxe v daném zařízení mi přinesla největší obohacení v dané problematice. Zjistila jsem několik podstatných informací.

1. Podpůrné terapie je možné poskytovat v zařízení hospicové péče, dokonce jejich nabídka je klienty velmi vítána, ovšem nemůže být počítáno s dlouhodobě promyšlenou terapií, která pozvolna dochází k jádru problému klienta.

Terapie se může, a také se zaměřuje na daný problém, chce klientovi ulevit, pomoci s jeho řešením, ovšem jedná se o nárazová, krátkodobá sezení.

2. U většiny podpůrných terapií nelze přesně stanovit harmonogram. Nelze jasně určit, kdy bude terapie probíhat. Vše se odvíjí od zdravotního stavu klienta a terapeut se přizpůsobuje výhradně jemu. Rovněž nelze zjistit, jak často bude v zařízení terapie probíhat. Občas terapeut do zařízení dorazí, pokud se jedná o externího terapeuta a zjistí, že žádný z klientů momentálně nemá o terapii zájem. Určitou pravidelnost lze zajistit pouze v případě skupinově řízených terapií. A u těch nastává komplikace, že terapeutovi se na sezení schází pokaždé jiní klienti. Je třeba s tímto počítat. I pro mě, jako stážistku, nebylo zaručeno, že se budu moci některé z terapií účastnit. Jak mi bylo řečeno: „*Některé terapie provádíme chvíli třeba dennodenně, protože klienti o ně jeví zájem, pak je ale zase třeba půl roku vůbec nevyužíváme, protože se v zařízení sejdou klienti, pro které nejsou terapie z nějakého důvodu vhodné, potřebné.*“
3. V zařízení hospicové péče je možné využívat pouze prvky podpůrných terapií. Klienti povětšinou pobývají v zařízení jen určitou, mnohdy dosti krátkou, dobu, proto nelze mluvit o dlouhodobých, na sebe navazujících setkáních v rámci terapií. U každého klienta se dle jeho zájmu a zdravotního stavu zařazují prvky terapií, kterými si terapeut klade za cíl zejména odvrátit pozornost od nemoci a navodit u klienta příjemné prožitky.
4. Přítomnost blízkého člověka či rodinného příslušníka je i při podpůrných terapiích k nezaplacení.  
Právě možnost přítomnosti rodinného příslušníka je, pro mě, dalším velmi důležitým bodem dobré praxe při nabídce podpůrných terapií klientům hospicové péče.  
I po dobu zúčastněného pozorování jsem se mohla přesvědčit o výhodách přítomnosti rodiny a blízkých při terapiích.

Klient byl vždy mnohem více zabrán do terapie samotné, nebál se, protože mohl věřit v podporu rodiny ve chvílích, kdy si například chtěl vzpomenout na moment ze svého života a nemohl si rozpomenout. Terapie tím získávala novou dimenzi, kterou rozvíjel právě rodinný příslušník.



Čím více osob se terapie účastnilo, tím byl sice terapeut odsunut více do pozadí, kde ovšem mohl získávat vhodnou pozici pro sběr informací o životě klienta, které později mohl využít při dalších sezeních, a rovněž se tím posiloval vztah mezi klientem a terapeutem.

#### **VO5: Jak na poskytované terapie a stimulace reagují klienti hospicové péče?**

Při stáži v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci jsem měla jedinečnou možnost účastnit se, jako pozorovatel, částí některých sezení s klienty v rámci podpůrných terapií a stimulací. Litovala jsem, že časově nebyla možnost se blíže seznámit s klienty, ke kterým terapeut(ka) docházel(a). Ráda bych se konkrétních klientů pozeptala na to, jak se jim sezení líbí, jak jsou spokojeni s tím, co pro ně personál zařízení zajišťuje, co by dále uvítali. Bohužel z časových důvodů a také prostě proto, že jsem nechtěla klienty příliš vyrušovat v jejich soukromí, jsem se do rozhovorů s klienty, o využívání podpůrných terapií, nepouštěla. Přesto jsem při zúčastněném pozorování získala cenné informace o tom, jak klienti mohou na jednotlivé terapie reagovat. Z pouhého pozorování spokojenosti klienta při terapii, jeho verbální i neverbální komunikaci s terapeutem, jsem usoudila, že terapie mohou zcela jistě mít pro klienta velký význam. Samozřejmě značná část klientů hospicové péče může podpůrné terapie, stejně jako ostatní aktivity, odmítat. V mnoha případech se stává, že se klient v době nemoci uzavírá do svého nitra a nechce spolupracovat, komunikovat s okolím. A má na to nárok. Když ale sezení s terapeutem dopomůže alespoň jednomu z klientů oprostit se od problémů, které s sebou nese nemoc a umírání, zahnat stres, negativní pocity, pomoci mu oživit si příjemné prožitky ze svého života, kladně zhodnotit, co za svůj život dokázal a smířit se s koncem, který jednou musí přijít, je to velký úspěch.

Reakce klienta ve formách úsměvu, touhy po dalším setkání či pouhého hlubšího navázání komunikace, kterým jsem byla svědkem, jsou poté odměnou.

## 9 Diskuze

V odborné literatuře zaměřené na podpůrné terapie ve speciální pedagogice, nalezneme mnohdy jen krátké odstavce o využívání terapií v paliativní péči. Je to snad proto, že podpůrné terapie a stimulace stále ještě nejsou příliš rozšířenou praxí u cílové skupiny osob umírajících. Mnoho autorů odborných knih však tuší, že by dané podpůrné terapie jistě mohly být využitelné i v paliativní péči, pokud mají pozitivní vliv na děti, osoby s mentálním či jiným druhem postižení.

Nejinak je tomu i v publikaci Pavla Zikla (2014), který poukazuje na využívání paliativních terapií s cílem zvýšení kvality života umírajících. Dokonce připouští možnost využívání podpůrných terapií nejen u klientů samotných, ale rovněž u rodin umírajících. Tak, jak se celkově paliativní péče zaměřuje na klienta i jeho rodinu, přesně tak mohou být podpůrné terapie a stimulace prospěšné u klientů i jejich rodin. Zkoumat tuto oblast tak jistě smysl má.

S touto myšlenkou jsem se i já pouštěla do výzkumného šetření. Pokud se zamyslím nad jeho výsledky, myslím, že v závěru vyzněly odpovědi na výzkumné otázky vcelku pozitivně v kontextu nepříliš ucelených odborných informací o této problematice v literatuře. Výzkumů, které se tématem zabývají, není na území České republiky, mnoho. Čerpat jsem musela zejména ze zahraničních šetření. Tento fakt koresponduje s povědomím laické i odborné veřejnosti o podpůrných terapiích v paliativní, konkrétně hospicové, péči.

Toto povědomí není, v souvislosti s hospicovými zařízeními, příliš rozsáhlé.

Proto oproti jiným zařízením, která pečují o seniory, osoby dlouhodobě nemocné a jiné, hospicová zařízení zaostávají v nabídce podpůrných terapií klientům. I kdyby se však prokázal blahodárný vliv podpůrných terapií na klienty hospicové péče a všechna zařízení by se nadšeně pouštěla do jejich poskytování, najímala odborníky a všemožně aktivizovala klienty, bude nadále fakt těžších podmínek pro poskytování, oproti jiným zařízením, přirozeností. Hospice se setkávají s péčí krátkodobější. Aktivita celkově tak nemohou být tolik ucelené, uspořádané, promyšlené. Pracovníci rychle a velmi pružně reagují na potřeby každého klienta, u kterého však již následující den může jeho zdravotní stav situaci zkomplikovat a potřeby zcela změnit.

Přes všechny překážky však výzkum poodhalil cenné snahy o upevnění prvků podpůrných terapií v zařízeních hospicové péče.

Z výzkumu dokonce vyplynulo, že mnohá zařízení, poskytující péči umírajícím, by se v budoucnu velmi ráda seznamovala s novými druhy terapií a odborně je poskytovala svým klientům za účelem zlepšení kvality jejich života, navození lepší komunikace s klienty, částečného odbourání stresu a úzkosti, kterou s sebou nese závěr života. Z mého pohledu však prozatím nejsou dostatečně informováni o možnostech využívání podpůrných terapií v oblasti jejich zájmu. Dalším z faktorů mohou jistě být finanční prostředky, které by takové možnosti zajišťovaly. V neposlední řadě možná chybí dostatek odborně vyškolených terapeutů, kteří by měli zájem se zapojovat do spolupráce se zařízeními paliativní péče a brali si tak na svá bedra nelehký úkol, pracovat, mnohdy krátkodobě a ne vždy systematicky tak, aby na sebe jednotlivá setkání navazovala, s klienty těžce nemocnými.

Pokud se zajímáme o téma nové, společnosti zatím pouze pootevřené, vždy se setkáme s rozdílnými názory, které může laická i odborná veřejnost zastávat.

Jak jsem zjistila, některá zařízení hospicové péče naopak nestojí o zvyšování nabídky činností a terapií pro klienty. Prostředí hospice považují spíše za klidnou zónu, ve které se pracovníci prvotně snaží kvalitně zabezpečit nejdůležitější existenciální potřeby klientů. Není zde místo na doplňující aktivity. V souvislosti se zdravotními stavy většiny klientů není na podpůrné terapie a stimulace prostor. Každý klient hospicové péče má samozřejmě na soukromí a klid nárok.

A tak poskytování podpůrných terapií v hospicové péči, stejně jako veškerý rozvoj péče o nemocné a umírající, závisí jen a jen na lidech, kteří se danou problematikou zabývají, s umírajícími pracují. Na jejich názorech, postojích, možnostech a odvahou otevírat se novým, prozatím nepříliš známým oblastem zkvalitňování denní péče.

## 10 Závěr práce

V několika posledních letech se zájmy odborné i laické veřejnosti více a více upínají k paliativní péči, péči o nemocné v terminálním stádiu nemoci a umírající. Přesto, že stále ještě paliativní péče nemá ideální podmínky v oblasti svého působení, z množství nově vznikajících literárních titulů je patrné, že k rozvoji dochází. Po celé České i Slovenské republice vznikají nová hospicová zařízení, která jsou ovšem velmi často zřizována církevními či nestátními organizacemi. Státní orgány se s financováním zaměřují na paliativní péči poskytovanou spíše v nemocničních zařízeních. Je pravdou, že je zřizováno spoustu nových lůžek paliativní péče při nemocnicích, avšak už jen vědomí, že se musí klient se svou nemocí prát právě v nemocnici, je pro mnohé nemocné stresující. Lepší podmínky a více individuální péče o klienta je možné zajišťovat v hospicích.

Zde jsou uspokojovány veškeré bio-psycho-socio-spirituální potřeby klienta. O jeho pohodlí a kvalitu života, která má být zachována až do samotného konce, se stará tým odborníků nejen z oblasti zdravotnictví. Hospice jsou obvykle otevřenější než nemocniční lůžka pro rodinu a blízké okolí a působí dojmem zařízení rodinného typu.

Přesto všechno stále ještě hospice bojují o čestné místo ve společnosti.

Dalo by se říci, že podobnou cestou kráčí i podpůrné terapie a stimulace, využívané zejména ve speciální pedagogice. I tento pojem je prozatím v naší republice pojmem neustáleným. Samozřejmě jak které. Existují spousty podpůrných terapií a stimulací, některé svými kořeny již pevně drží v zemi naší společnosti, jiné svými drobnými kořínky zatím pomalu prorůstají do povědomí široké veřejnosti. Moje práce se zabývala předem vymezenými druhy terapií, kterými byly muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, bazální stimulace a s ní často související koncept Snoezelenu. Tyto konkrétní druhy terapií jsem si vybrala proto, že z vlastní praxe si myslím, že jsou terapiemi nejznámějšími, a proto nejvíce využívanými v nejrůznějších oblastech péče o děti i dospělé.

Jejich koncepce je stále nově zkoumána u dalších a dalších cílových skupin osob, pro které by mohla být prospěšná.

Já jsem se rozhodla propojit cestu hospicové péče a podpůrných terapií tak, aby se setkaly na společném rozcestí a já mohla zjistit, zda se snaží v současné době z rozcestí kráčet další cestou společně, nebo zda je jejich společné soužití odsuzováno.

Byl to zajisté risk pouštět se do výzkumu dvou, v našich poměrech ještě neustálených a stále se ještě vhodně definujících problematik, z osobní praxe jsem však měla na tomto výzkumu velký zájem. Když jsem se jako rodinný příslušník poprvé dostala do zařízení hospicové péče, nestačila jsem se podívat nad tím, kolik volnočasových aktivit, kolik péče pracovníci připravují a poskytují klientům. Myslím, že laická veřejnost skutečně mnohdy ani netuší, co vše se odehrává za zdmi hospicových zařízení, dokud je osud do těchto prostor nezavede. Hospic je stále úzce spojován s bolestí a strašlivým utrpením, které s sebou přináší smrt. Už však jen málokdo ví, že hospicová zařízení se snaží nejen o to, aby tato bolest, utrpení bylo co nejmenší, ale rovněž, aby si klient v posledních chvílích svého života mohl dopřát vše, po čem touží, co si přeje a byla tak zachována stále ještě co nejvyšší kvalita jeho života.

Když jsem spatřila, kolik toho pracovníci dělají pro své klienty, chtěla jsem rovněž znát, kde je až hranice poskytování služeb klientům, všeho, co si klienti přejí. Zdálo se mi neuvěřitelné, že pracovníci hospice splní klientovi i to, o co si ani nemusí říct, přesto, že si to přeje. Začala jsem obdivovat všechny pracovníky, kteří dělali maximum pro mou babičku, kteří dělali maximum pro všechny klienty, jako by se jednalo o jejich rodinné příslušníky. Myslím však, že jsem jednu z hranic objevila. Podpůrné terapie dozajisté mohou spadat do volnočasových aktivit, do denních aktivit péče o klienty každého věku, a tak i o klienty umírající. Některé zahraniční výzkumy, které jsem četla, prokazují významný účinek terapií u tohoto typu klientů. Jedná se zejména o britské a americké výzkumy (Schofield, Payne, 2003, Munro, Mount, 1978).

U nás však dozajisté zakotveny ještě, v rámci hospicové péče, nejsou. Vládne touha po rozšíření nabídky podpůrných terapií v těchto zařízeních tak, aby klienti mohli i v souvislosti s terapiemi využívat ty, které potřebují, vyžadují, které jim pomohou, avšak nejistota a nedostatečná povědomost o terapiích stále ještě limituje jednotlivá zařízení v jejich poskytování.

Je těžké objevit terapeuta (odborníka), který by pracoval s cílovou skupinou osob umírajících, byl maximálně empatický, vstřícný a vlídný, protože právě to si péče o klienty vážně nemocné vyžaduje. Jakákoliv terapie v rámci hospicové péče nesmí být nikterak náročná pro klienta, o to náročnější je však pro terapeuta. Hlavním cílem terapie je odpoutání klienta od symptomů nemoci, od bolesti, smutku, osamocení apod.

Pozitivní však je, že terapie si sice pomalu, ale myslím, že jistě, razí cestu k pracovníkům v hospicové péči, kteří mají zájem, alespoň tak to vyplynulo z mého výzkumného šetření, dozvídat se o terapiích více, shánět terapeuty a rozšiřovat nabídku denních aktivit pro své klienty, protože prožitkové hodnoty člověka, jsou důležité i v posledních chvílích života. Prožíváme celý svůj život, od samého počátku do konce.

Posun využívání podpůrných terapií je patrný například v porovnání mého výzkumného šetření s výzkumným šetřením shrnutým v diplomové práci Jiřiny Javůrkové z roku 2007 (Javůrková, 2007). Tehdy se studentka zajímala o využívání muzikoterapie v hospicové péči a z výsledků jejího šetření vyplynulo, že žádný z oslovených hospiců, které zapojila do výzkumného šetření, neprofiloval nabídkou muzikoterapie. V současné době, mé dotazníkové šetření prokázalo, že šest zařízení ze sedmnácti respondentů, na území České republiky a dva respondenti ze čtyř, na území Slovenské republiky, odpověděli, že jejich zařízení muzikoterapii poskytují. Dokonce jsem v rámci zúčastněného pozorování mohla být svědkem velmi dobré praxe poskytování muzikoterapie v hospicovém zařízení. Muzikoterapie zde byla poskytována školenými muzikoterapeuty s možností účasti rodinných příslušníků.

Za praxi, kterou mi výzkumné šetření přineslo, jsem byla vděčná. Jsem obohacena o nové zkušenosti a optimismus v oblasti poskytování podpůrných terapií, rozvoje pole působení speciální pedagogiky v hospicové péči.

## 11 Seznam použitých informačních zdrojů

### Literatura

1. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: historicky III. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí : sborník příspěvků.* Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009. ISBN 978-80-254-5815-0.
2. **BUŽGOVÁ, Radka.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
3. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství: historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí : sborník příspěvků.* Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. ISBN 978-80-254-0757-8.
4. **CONNOR, Stephen R.** *Hospice and palliative care: the essential guide.* 2nd ed. Alexandria, Va.: National Hospice and Palliative Care Organization, c2009. ISBN 978-0-415-99356-2.
5. **ČERNOHORSKÁ, Milena.** *Leoš Janáček.* 1966. Praha: Státní hudební vydavatelství, 1966. ISBN 950-14-5122-4.
6. **DAVIDSON, Glen W.** *The Hospice: development and administration.* 2nd ed. Washington: Hemisphere Pub., c1985. ISBN 0-89116-370-0.
7. **FAJMONOVÁ, J., CHOVANCOVÁ, M.** (2008). *Snoezelen: možnosti využití snoezelenu při práci s žáky v základní škole speciální.* Praha: IPPP – Institut pedagogickopsychologického poradenství ČR.
8. **FILATOVA, R., JANKŮ, K.** (2010). *Snoezelen.* Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter.
9. **FOWLER, Susan.** *Multisensory rooms and environments: controlled sensory experiences for people with profound and multiple disabilities.* Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 978-1-84310-462-9.
10. **FRIEDLOVÁ, Karolína.** *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
11. **GAVORA, Peter.** *Úvod do pedagogického výzkumu.* 2. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

12. **HANOBIK, František a a KOL.,** ed. *Quo vadis hospic...: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava: Tlačiareň svidnícka, 2012. ISBN 978-80-8132-068-2. ISSN 978-80-8132-068-2.
13. **HANOBIK, František, Radoslav MICHEL a Martina PRONĚKOVÁ,** ed. *Pacient v hospici: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava: Tlačiareň svidnícka, 2016. ISBN 978-80-8132-155-9. ISSN 978-80-8132-155-9.
14. **HENNEZEL, Marie de.** *Smrt zblízka: umírající nás učí žít.* Přeložila Blažena ZIFČÁKOVÁ. Praha: ETC Publishing, 1997. Top-tabu. ISBN 80-86006-15-8.
15. **CHRÁSKA, Miroslav.** *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 1. vyd. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
16. **KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ.** *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.
17. **KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER.** *Základy muzikoterapie.* Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
18. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Psychologie nemoci.* Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
19. **LACA, Slavomír, Pavol DANCÁK a Peter LACA,** ed. *Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava: Tlaciaren svidnicka, 2011. ISBN 978-80-8132-016-3. ISSN 978-80-8132-016-3.
20. **LIEBMANN, Marian.** *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-864-3.
21. **MARKOVÁ, Alžběta.** *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* V Praze: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
22. **MATOUŠEK, Oldřich.** *Slovník sociální práce.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
23. **MÜLLER, Oldřich.** *Terapie ve speciální pedagogice.* 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.



24. **MUNZAROVÁ, Marta.** *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
25. **PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON.** *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
26. **ŘÍČAN, Pavel.** *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
27. **SCHOFIELD, P.** Randomized controll trials in palliative care and chronic pain. In. MERTENS, K. – VERHEUL, A. Snoezelen – viele Länder – viele Konzepte, Berlin, 2003. P. 167-169.
28. **SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.** *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
29. **SLOWÍK, Josef.** *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
30. **STÁHALOVÁ, Vladimíra.** *Paliativní medicína*. Praha: Liga proti rakovině, 2010, [4] s.
31. **STEJSKALOVÁ, Marina.** *Psychoterapie uměním*. Praha: Pressto Publishing, 2012. ISBN 978-80-905141-0-2.
32. **SVATOŠOVÁ, Marie.** *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
33. **ŠTEFAN VAŠEK A KOLEKTÍV. ED. LADISLAV ĎURIČ ..** *Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské Pedagogické Nakl, 1995. ISBN 8008008644.
34. **ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
35. **TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ.** *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.
36. **ULRICHOVÁ, Monika.** *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie : [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

37. **VÁGNEROVÁ, Marie.** *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
38. **VÁGNEROVÁ, Marie.** *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
39. **VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ,** ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
40. **ZIKL, Pavel a Petra BENDOVI.** *Speciálně pedagogický výkladový slovník: (somatopedie, psychopedie, logopedie).* Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-514-1.

#### Odborné články

41. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** Umírání včera, dnes a zítra: Dying, yesterday, today and tomorrow. *Časopis lékařů českých.* 1989, **128**(33), 1025-1028. ISSN 0008-7335.
42. **NAGYOVÁ, Kristína.** Kontinuálne vzdelávanie odborníkov pri práci s deťmi a rodinami v paliatívnej starostlivosti - príklad dobrej praxe. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky.* PedF UK, M.D. Rettigové, Praha 1, 2016, **26**(4), 377-382. ISSN 1211-2720.
43. **SCHOFIELD, P .; PAYNE, S.** 2003. A pilot study into the use of a multisensory environment (Snoezelen) within a Palliative day-care setting. In: *International Journal of Palliative Nursing*, 9 (3), pp. 124-129, ISSN 1357-6321.
44. **MUNRO, S. a B. MOUNT.** Music therapy in palliative care. *CMA journal* [online]. 1978, **119**(9), 1029-1034 [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1819041/>

#### Legislativní dokument

45. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům.* In: . Strasbourg: První dobrá , Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2003, ročník 2003, číslo 24.

#### Elektronický článek

46. **SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ.** Paliativní péče v ČR v roce 2013: Základní epidemiologická data a potřeba paliativní péče

v ČR. *Perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. 2013, **2013**(1), 1-9 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013/>

#### Webová stránka

47. Snoezelen (sprich „snuzelen“). *International Snoezelen Association ISNA - Snoezelen professional e.V.* [online]. Berlin, Deutschland: Copyright © International Snoezelen Association ISNA - Snoezelen professional e.V. 2015, 2015 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <http://www.isna.de/de/snoezelen/definition-und-lehr-dvd>
48. Snoezelen Training Toolkit: September, 2011. *Quality Palliative Care in Long Term Care* [online]. Lakehead University, Canada: 2017 Palliative Alliance, 2017 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: [http://palliativealliance.ca/assets/files/Snoezelen\\_Toolkit-Jan25.pdf](http://palliativealliance.ca/assets/files/Snoezelen_Toolkit-Jan25.pdf)

#### Akademická práce

49. **JAVŮRKOVÁ, Jiřina.** *Užití muzikoterapie v hospicové péči: Bakalářská diplomová práce.* Filozofická fakulta, Masarykova univerzita v Brně, 2007. Filozofická fakulta, Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce PhDr. Marina Stejskalová, CSc.

## **12 Seznam příloh**

Příloha 1 – Vstupní dotazník, který je součástí Žádosti o přijetí klienta do péče v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci

## Příloha 1



### HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU

nám. Sadové 4/24, 779 00 Olomouc  
Tel: 585 319 754, 585 319 758  
E-mail: [info@hospickopecek.charita.cz](mailto:info@hospickopecek.charita.cz)  
IČ: 73634671  
IČ služby: 9004092



#### Vstupní dotazník

Vážená paní / vážený pane,  
rádi bychom Vám poskytli službu, která bude pokud možno co nejvíce odpovídat Vaším požadavkům a potřebám. Proto Vás prosíme o zodpovězení níže uvedených otázek, díky kterým budeme moci udělat vše pro to, abyste se u nás cítil/a dobře. Vybrané odpovědi zakřížkujte. Děkujeme.  
*Pokud zájemce není schopen se k otázkám sám vyjádřit, prosíme o jejich zodpovězení rodinou.*

#### Základní údaje

Jméno a příjmení: .....

Oslovování: ☐ příjmením ☐ křest. jménem+vykání ☐ titulem ☐ jiné .....

Stav: ☐ svobodná/ý ☐ vdaná/ženatý ☐ rozvedená/ý ☐ ovdovělá/ý ☐ druh/družka ☐ reg. partner/ka

Povolání (i dřívější): .....

#### Způsob života

☐ společenská/ý ☐ občas uvítá společnost ☐ samotář/ka

☐ kuřák ☐ nekuřák

☐ pravák ☐ levák

Oblíbená hudba (žánr, interpret aj.) .....

Oblíbená četba (žánr, autor) .....

Oblíbený pořad v TV .....

Oblíbený pořad v rádiu .....

Další záliby: ☐ zpěv ☐ křížovky ☐ spol. hry ☐ ruční práce ☐ kreslení ☐ jiné .....

Víra: ☐ křtěný katolík ☐ jiná víra ..... ☐ bez vyznání ☐ nechci uvést

**(Jedná se o citlivý osobní údaj – uvedení je nepovinné, ale může výrazně zkvalitnit poskytovanou službu. Souhlas s poskytnutím tohoto údaje je vyjádřen podpisem žádosti o přijetí, jejíž je dotazník nedílnou součástí)**

#### Dorozumívání

Sluch: ☐ dobrý ☐ naslouchátko ☐ špatně slyším – na které ucho slyším lépe: .....

Zrak: ☐ dobrý ☐ brýle ☐ špatně vidím ☐ nevidí

Komunikace: ☐ normální ☐ špatně vyslovuji ☐ jen neverbální (event. písemná) ☐ neschopen

Porozumění: ☐ normální ☐ rozumí jen jednoduchým sdělením ☐ nerozumí

#### Pohyblivost

☐ sám ☐ s doprovodem ☐ franc. hole ☐ chodítko ☐ vozík ☐ ležící

Hrozí při chůzi riziko pádu: ☐ ano ☐ ne

OTOČTE

### Stravovací návyky

Dieta: ☐ žádná ☐ diabetická ☐ jiná .....

Oblíbené jídlo: .....

Oblíbený nápoj: .....

Neoblíbené jídlo: .....

Najím se: ☐ sám ☐ s dopomocí ☐ vůbec ☐ nejl

Úprava jídla - strava: ☐ celá ☐ krájená ☐ mletá ☐ mixovaná ☐ jen tekutá

Mám raději: ☐ sladké ☐ slané ☐ kyselé ☐ ostré ☐ nic neupřednostňuji

Teplota jídla: ☐ vlažné ☐ běžné ☐ horké

### Osobní hygiena

☐ sám ☐ s dopomocí ☐ nezávládně

☐ WC ☐ toaletní křeslo ☐ bažant/podložní mísa ☐ pleny

Používané toaletní potřeby: .....

Teplota vody: ☐ chladná ☐ vlažná ☐ teplá ☐ horká

Péče o chrup: ☐ ráno ☐ večer ☐ po jídle

Zubní protéza: ☐ ne ☐ ano

- spím s protézou: ☐ ano ☐ ne

Zvláštnosti v hygieně: .....

### Režim spánku

Chodím spát: ☐ časné ☐ pozdě ☐ odpolední spánek ☐ spím většinu dne

Vstávám: ☐ časné ☐ ráno ☐ dopoledne ☐ pozdě

V čem spím: ☐ pyžamo ☐ noční košile ☐ jiné.....

Zatemnění při spánku: ☐ ano ☐ ne

Při čem usínám: ☐ ticho ☐ TV/rádio ☐ otevřené okno ☐ rozsvícená lampička

### Jiné důležité informace, které bychom měli vědět

.....  
.....  
.....

Další informace můžete rozepsat na zvláštní papír (např. každodenní zvyklosti aj.).

Vstupní dotazník je nezbytnou přílohou Žádosti o přijetí do odlehčovací služby.